

FAMILIEN- UND VORNAME DER/DES VERSICHERTEN

--	--	--	--

SOZIALVERSICHERUNGNUMMER UND GEBURTSDATUM

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PLZ/ORT

STRASSE

TELEFON / E-MAIL

(BITTE GEBEN SIE IHRE TELEFONNUMMER ODER E-MAIL ADRESSE AN, WIR INFORMIEREN SIE ÜBER DEN NÄCHSTEN TERMIN.)

VERSICHERT BEI:  GKK  BVA  GEW.  
WIRTSCH.  ANDERE

VOR- UND NACHNAME DES HAUSARZTES/DER HAUSÄRZTIN

PLZ/ORT

STRASSE

DATUM

UNTERSCHRIFT

ICH ERKLÄRE MICH MIT DER ELEKTRONISCHEN ERFASSUNG UND WEITERLEITUNG MEINER DATEN ZU VERRECHNUNGZWECKEN UND ZU ZWECKEN DER  
WISSENSCHAFTLICHEN AUSWERTUNG EINVERSTANDEN.

BITTE  
AUSREICHEND  
FRANKIEREN

**AVOS**  
GESELLSCHAFT FÜR  
VORSORGEMEDIZIN  
GMBH

ELISABETHSTRASSE 2  
A-5020 SALZBURG