



DVRN: 0047155

PARTEIENVERKEHR:
7 : 30 BIS 13 : 30

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|

| | |
|---|---|
| 0 | 5 |
|---|---|

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

Sozialversicherungsnummer

nicht ausfüllen ↑

ANTRAG

auf Rehabilitations-, Kur- bzw. Erholungsaufenthalt

Beantragt wird: (Zutreffendes bitte ankreuzen) Rehabilitationsaufenthalt Kuraufenthalt Erholungsaufenthalt

| a VOM MITGLIED AUSZUFÜLLEN b | MITGLIED | ↓ ANGEHÖRIGER <small>Bitte diese Spalte nur dann ausfüllen, wenn der Antrag für eine(n) Angehörige(n) bestimmt ist.</small> |
|------------------------------------|----------------|---|
| | FAMILIENNAME : | FAMILIENNAME |
| | VORNAME : | VORNAME : |
| | GEB. DATEN: | GEB. DATEN: |
| | ANSCHRIFT: | ANSCHRIFT: |
| | Dienststelle: | VERWANDTSCHAFTSVERHÄLTNIS: EIGENES EINKOMMEN: JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> |

Der Antragsteller / die Antragstellerin ist telefonisch unter der Tel. Nr. _____ zu erreichen.
(möglichst die Dienststelle)

_____ Datum

_____ Unterschrift des Antragstellers / der Antragstellerin

| a VON DER KFA AUSZUFÜLLEN b | EINGELANGT: |
|-----------------------------------|-----------------|
| | |
| | EINGELADEN FÜR: |
| | |

| | |
|--|--|
| | |
| | |
| | |
| | |

