

An  
Cystische Fibrose Hilfe  
Wien, NÖ und N-Bgld  
Obere Augartenstr. 26-28/13 (E.04)  
A-1020 Wien  
Tel. & Fax: 0043 1 33 26 376  
E-Mail: [cf-hilfe.wien@cystischefibrose.at](mailto:cf-hilfe.wien@cystischefibrose.at)  
URL: [www.cystischefibrose.at](http://www.cystischefibrose.at)

## **ANSUCHEN um einen ZUSCHUSS für eine AUßERGEWÖHNLICHE BELASTUNG**

### **Antragsteller**

Name: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Mitglied bei der CF Hilfe Wien, NÖ u. N-Bgld. :  ja  nein

### **Ich ersuche um einen Zuschuss für**

CF-Patient(in): \_\_\_\_\_

Art der außer  
gewöhnlichen Belastung.: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Kosten: \_\_\_\_\_

Zahlungsbestätigung habe ich beigelegt:  ja  nein

### **Bankverbindung**

Kontoinhaber: \_\_\_\_\_

Bank: \_\_\_\_\_

KNr. (IBAN): \_\_\_\_\_ BLZ (BIC): \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

Hinweis: Für eine positive Bearbeitung ist die Beifügung einer Rechnung bzw.  
Buchungsbestätigung notwendig. Unterstützungen werden  
ausschließlich Mitgliedern gewährt.