

An
Cystische Fibrose Hilfe
Wien, NÖ und N-Bgld
Obere Augartenstr. 26-28/13 (E.04)
A-1020 Wien

ANSUCHEN um einen ZUSCHUSS für eine BESONDERE 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 besonderen Belastung: _____

Kosten: _____ €

Rechnung und Zahlungsbestätigung habe ich beigelegt: ja nein

BANKVERBINDUNG

Kontoinhaber: _____

IBAN: _____

Unterschrift: _____ Datum: _____

Hinweis: Für eine **positive Bearbeitung** ist der **Nachweis über die Bezahlung** der aufgewendeten Kosten **notwendig**. Unterstützungen werden **nur Mitgliedern gewährt**. Die Einreichfrist endet am **30.11.** des jeweiligen Jahres.