

An die

**Antrag auf Erstattung zu viel gezahlter Zuzahlungen für das
Kalenderjahr 20__**

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit beantrage ich, die über meine Belastungsgrenze hinaus gezahlte Zuzahlung
für das Kalenderjahr 20__ auf das Konto

Konto-Nr.: _____

BLZ: _____

Bankname: _____

zu erstatten. Sämtliche Zuzahlungsbelege aus dem Jahr 20__ sowie
Einkommensnachweise habe ich beigelegt.

Meine Daten:

Name: _____

Straße: _____

PLZ, Wohnort: _____

Geburtsdatum: _____

Vers.Nr.: _____

Ort, Datum

Unterschrift

Ein Service Ihrer

Cusanus
APOTHEKE

Inhaberin Sarah Sauer e.K.
Cusanusstraße 4 - 54470 Bernkastel-Kues
Telefon 0 65 31/26 26 - Telefax 0 65 31/80 09
info@cusanus-apotheke.de
www.cusanus-apotheke.de