

SVdB  
Sozialversicherungs-  
anstalt der Bauern  
Feldkirchner Str. 52  
9020 Klagenfurt

**Betreff:** Kostenrückerstattung

Sehr geehrte Damen und Herren!

Ich bitte um Rückerstattung der Behandlungskosten auf das angeführte Konto.

<b>Name:</b>	
<b>geb.:</b>	
<b>Versicherungsnr.:</b>	
<b>Kto. Nr.:</b>	
<b>BLZ:</b>	

Besten Dank im Voraus.

Hochachtungsvoll