

## Vollmachtserklärung für Rückvergütungen

## Dichiarazione di delega per rimborsi

Ich unterfertigte/r .....  
Die unterfertigten

1 .....  
2 .....  
3 .....  
4 .....  
5 .....

erkläre/erkären,

Herrn/Frau .....  
geboren am ..... in .....  
 als gesetzlichen/e Vertreter/in der Struktur .....  
.....

ansässig/gelegen in .....  
Straße ..... Nr. ....  
Steuernummer .....  
zu bevollmächtigen,

den mir/ihnen seitens des Gesundheitsbezirks Bruneck geschuldeten Betrag für die Rückerstattung von Ausgaben für:

ambulant in Anspruch genommene sanitäre Leistungen;  
 Zahnprothesen oder orthodontischen Apparat;  
 Aufenthalt  vom ..... bis .....  
 vom ..... bis zum Ende des-  
selben;  
 Arzneimittel und/oder Heilbehelfe  
welche/r  von mir  
 von meinem zu Lasten lebenden Familien-  
angehörigen .....  
.....  
 von ..... verstorben am ..... beansprucht worden sind/ist,  
einzukassieren.

Io sottoscritto/a .....  
I/Le sottoscritti/e

1 .....  
2 .....  
3 .....  
4 .....  
5 .....

dichiara/dichiarano di delegare

il/la sig./ra .....  
nato/a a ..... il .....  
 quale legale rappresentante della struttura .....  
.....

residente/ubicata in .....  
via ..... n. ....  
codice fiscale .....

a riscuotere quanto dovutomi/loro dovuto dal Compressoio Sanitario di Brunico per rimborso di:

prestazioni sanitarie ambulatoriali;  
 protesi dentarie o apparecchio ortodontico;  
 ricovero  dal ..... al .....  
 dal ..... alla fine della degenza;  
 farmaci e/o presidi  
fruiti/o  da me  
 dal mio familiare a carico .....  
.....  
 da .....  
deceduto/a il .....

Ort und Datum

Unterschrift der betroffenen Person/en

..... 1 .....  
..... 2 .....  
..... 3 .....  
..... 4 .....  
..... 5 .....

Luogo e data

..... 1 .....  
..... 2 .....  
..... 3 .....  
..... 4 .....  
..... 5 .....

**BEGLAUBIGUNG DER UNTERSCHRIFT**

(Art. 21, Absatz 2, DPR 445/2000)

Ich bestätige, dass Herr/Frau .....  
 geboren in ..... am .....  
 ansässig in .....  
 Straße ..... Nr. ....  
 dessen Identität mittels .....  
 festgestellt wurde, die obgenannte Unterschrift in meiner  
 Anwesenheit geleistet hat.



Büro- ..... Der beauftragte Bedienstete  
 stempel ..... (Vor- und Zuname)

(Ort und Datum)

Ich bestätige, dass Herr/Frau .....  
 geboren in ..... am .....  
 ansässig in .....  
 Straße ..... Nr. ....  
 dessen Identität mittels .....  
 festgestellt wurde, die obgenannte Unterschrift in meiner  
 Anwesenheit geleistet hat.

(Ort und Datum)

Büro- ..... Der beauftragte Bedienstete  
 stempel ..... (Vor- und Zuname)

(Ort und Datum)

Ich bestätige, dass Herr/Frau .....  
 geboren in ..... am .....  
 ansässig in .....  
 Straße ..... Nr. ....  
 dessen Identität mittels .....  
 festgestellt wurde, die obgenannte Unterschrift in meiner  
 Anwesenheit geleistet hat.

(Ort und Datum)

Büro- ..... Der beauftragte Bedienstete  
 stempel ..... (Vor- und Zuname)

(Ort und Datum)

Ich bestätige, dass Herr/Frau .....  
 geboren in ..... am .....  
 ansässig in .....  
 Straße ..... Nr. ....  
 dessen Identität mittels .....  
 festgestellt wurde, die obgenannte Unterschrift in meiner  
 Anwesenheit geleistet hat.

(Ort und Datum)

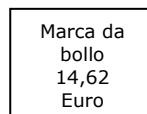
Büro- ..... Der beauftragte Bedienstete  
 stempel ..... (Vor- und Zuname)

(Ort und Datum)

**AUTENTICAZIONE DELLA SOTTOSCRIZIONE**

(art. 21, comma 2, DPR 445/2000)

Attesto che il/la sig./ra .....  
 nato/a a ..... il .....  
 residente a .....  
 via ..... n. ....  
 identificato mediante .....  
 ha apposto la sottoscrizione che precede in mia presenza.



Timbro ..... Il dipendente incaricato  
 dell'ufficio ..... (firma per esteso)

(Ort und Datum)

Attesto che il/la sig./ra .....  
 nato/a a ..... il .....  
 residente a .....  
 via ..... n. ....  
 identificato mediante .....  
 ha apposto la sottoscrizione che precede in mia presenza.

(Ort und Datum)

Timbro ..... Il dipendente incaricato  
 dell'ufficio ..... (firma per esteso)

(Ort und Datum)

Attesto che il/la sig./ra .....  
 nato/a a ..... il .....  
 residente a .....  
 via ..... n. ....  
 identificato mediante .....  
 ha apposto la sottoscrizione che precede in mia presenza.

(Ort und Datum)

Timbro ..... Il dipendente incaricato  
 dell'ufficio ..... (firma per esteso)

(Ort und Datum)

Attesto che il/la sig./ra .....  
 nato/a a ..... il .....  
 residente a .....  
 via ..... n. ....  
 identificato mediante .....  
 ha apposto la sottoscrizione che precede in mia presenza.

(Ort und Datum)

Timbro ..... Il dipendente incaricato  
 dell'ufficio ..... (firma per esteso)

(Ort und Datum)