

Der/die Unterfertigte/r - Il/la sottoscritto/a

geboren am - nato/a il

wohnhaft in - residente a

Straße - via

Nr. - n.

**BEANTRAGT DIE EINTRAGUNG
CHIEDE L'ISCRIZIONE**

- für sich allein per sè solo/a
- für sich und die unten angeführten Familienangehörigen per sè e per i propri familiari sottoelencati
- für die unten angeführten Familienangehörigen allein per i suoi familiari sottoelencati

**WIDERRUFT
DICHIARA DI REVOCARE**

- für sich allein per sè solo/a
- für sich und die unten angeführten Familienangehörigen per sè e per i propri familiari sottoelencati
- für die unten angeführten Familienangehörigen allein per i suoi familiari sottoelencati

Familienname u. Vorname der Familienangehörigen - cognome e nome dei familiari

Geburtsdatum
Data di nascita

| | | |
|---|--|--|
| 1 | | |
| 2 | | |
| 3 | | |
| 4 | | |
| 5 | | |
| 6 | | |
| 7 | | |

| Name des Arztes/der Ärztin - nome del medico | Arztkode - codice medico | Quoten - quote |
|--|--------------------------|----------------|
| | | |

Ausfertigungsdatum
Data di compilazione

Sprengel
Distretto

Der/die Beamte/in
L'impiegato/a

Der/die Unterfertigte/r erklärt in die aufgeschlagene Kundmachung bezüglich des Datenschutzes Einsicht genommen zu haben.

Il/la sottoscritto/a dichiara di aver preso visione dell'informativa sulla privacy esposta.

Unterschrift des Versicherten oder des gesetzlichen Vertreters - Firma dell'assistito o del legale rappresentante