

Einreichungsbestätigung



Wahlarzt / Wahltherapeut

Ihre Antragsnummer: 23674
Behandlungsbeginn: 25.01.2021
Eingereicht am: 27.01.2021

Rechnungsdaten

Rechnungsbetrag: 58,00

Arzt/Therapeut

Fachgebiet: Kinder- und Jugendheilkunde
Vorname: Melanie
Nachname: Eichberger
Staat: AUT
Postleitzahl: 4614

Personendaten

Antragstellung: für Mitversicherte
Versicherungsnummer: 4649 07 06 18

Meine Adressdaten

Straße: Rennerstraße 15c/7
Postleitzahl: 4614
Ort: Marchtrenk
Staat: AUT

Meine Bankdaten

IBAN: AT383427700002114254
BIC:
Kontoinhaber: Furlinger Josef

Mein Kontakt

E-Mail: josef.fuerlinger@gmail.com
Rufnummer: 0664 / 88397116

Hinzugefügte Beilagen:

2021-01-25 - Eichberger Kinderarzt - Rechnung.pdf	2381 KB
2021-01-25 - Eichberger Kinderarzt - Zahlungsbeleg.pdf	1206 KB