

Absender/Praxisstempel (inkl. ZSR-Nr.):

Fax-Nr.:052 260 02 15

Versicherter				Überweisung				
Name/Vorname	Wohnort	Geb.Datum	Vers. Nr.	Datum	an (Name, Vorname, Ort)	Bemerkungen/Dauer*	Notfall	DU**
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* ohne spezielle Bemerkung gilt die Überweisung für drei Monate

** Dauerüberweisung (gilt für 1 Jahr)

PROVITA Gesundheitsversicherung AG

Brunngasse 4	Tel. 052 260 02 02	info@provita.ch
Postfach	Fax 052 260 02 03	www.provita.ch
8401 Winterthur		

Datum: Unterschrift: