

SPRENGEL - DISTRETTO

Untertfertigte(r) - Il (la) sottoscritto(a)

geboren am - nato(a) il

.....
 wohnhaft in - residente a

.....
 Straße - via

.....
 Nr. - n.

WIDERRUFT - DICHIARA DI REVOCARE

für sich allein
per sè solo

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 | | |

| | | |
|-------------------------------------|--------------------------|----------------|
| den Wahlarzt Dr. - il dottor | Arztcode - codice medico | Quoten - quote |
|-------------------------------------|--------------------------|----------------|

Ausfertigungsdatum - data di compilazione

Der Beamte - l'impiegato

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