

An die
**GEWERKSCHAFT
ÖFFENTLICHER DIENST**
Bahnhofstraße 44 / III
9020 Klagenfurt / Wörthersee

Ansuchen – Gesundheitsförderung

MITGLIEDSNUMMER:

GEBURTSDATUM:

Dienststelle

VORNAME UND ZUNAME:

TITEL:

PLZ:

ORT:

STRASSE:

TEL:

E-MAIL:

BIC:

IBAN:

BANK:

Gesamtbetrag der Ausgaben:

AUSGABEN FÜR:

Zahnbehandlungen

Sehbehelfe

Hörbehelfe

Die GÖD wird die in diesem Antrag enthaltenen Daten zum Zwecke der Abwicklung des Antrages verarbeiten.
Weitere Informationen zum Datenschutz sind unter www.oegb.at/datenschutz ersichtlich.

DATUM

UNTERSCHRIFT

INTERNE VERMERKE:

Überprüfung durch den Landesvorstand Kärnten am _____ Letzten Zuschuss erhalten am _____

Stellungnahme der Landesleitung: