

**Antrag auf Rückerstattung
Anderer Begünstigter**

Ich, der/die Unterzeichnete

Identifikationsnummer	<input type="text"/>
Nachname und Vorname(n)	<input type="text"/>

Ich bestätige, dass ich **alle beigefügten Honorarrechnungen** bezahlt habe und bitte darum, dass die entsprechenden Rückerstattungen auf mein bei der CNS registriertes Bankkonto überwiesen werden.

Datum und Unterschrift

Art. 84. Medizinische Leistungen können rechtsgültig ausbezahlt werden, entweder an den Versicherten oder an jede Person, die nachweisen kann, dass sie die Leistung erbracht oder bezahlt hat

Der CNS vorbehalten		
Zuständige Abteilung		
<i>Etikett</i>	<i>Eingangsstempel der CNS</i>	
<input type="text"/>	B	<input type="text"/>