

DATENBLATT
zur Gesamtvertraglichen Vereinbarung der Krankenförderung mittels Taxi



Vorname und Nachname des Inhabers/der Inhaberin	Firmenbezeichnung	Hauptadresse (PLZ, Ort, Straße, Hausnr.)	Bezirk	Adressen (PLZ, Ort, Straße, Hausnr.) inkl. Bezirken von weiteren Standorten	UID-Nummer	Bankverbindung (IBAN)	E-Mail, Telefonnummer (für Versichertenanfragen)	E-Mail, Telefonnummer, Kontaktperson (für Rückfragen bezüglich Abrechnung)	WK-Mitgliedstamblatt mit der Gewerbeberechtigung als PDF	Datum der Antragstellung
									<i>Bitte als Beilage anfügen.</i>	
									<i>Bitte als Beilage anfügen.</i>	
									<i>Bitte als Beilage anfügen.</i>	
									<i>Bitte als Beilage anfügen.</i>	