



An die
Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen
FSME-Impfaktion

Siegfried Marcus-Straße 5
7000 Eisenstadt

Anmeldeformular für die Zeckenschutz- Impfaktion für Bauern

Bitte beachten Sie

Wenn Sie sich und/oder Ihre(n) Angehörigen zur kostenlosen Zeckenschutzimpfung im Rahmen unserer Impfaktion anmelden wollen, dann füllen Sie bitte nachstehendes Formular aus und senden dieses an die obige Adresse.

Angaben zum Betriebsführer (BF) bzw. zum Pensionisten (KV-versichert)

Versicherungsnummer	T T M M J J							
Name	Titel, Vorname und Zuname							
Anschrift	Postleitzahl, Ort, Straße Hausnummer							
Tel.-Nr./E-Mail ¹⁾								
Letzte FSME-Impfung ²⁾	Datum		Art der letzten FSME-Impfung (zutreffendes bitte ankreuzen - X)					
			<input type="radio"/> keine	<input type="radio"/> 1. Teil	<input type="radio"/> 2. Teil	<input type="radio"/> 3. Teil	<input type="radio"/> Auffr.	

1) bitte unbedingt ausfüllen!

2) bei Teilnahme bitte unbedingt ausfüllen!

Geben Sie die Daten Ihrer Angehörigen bekannt, die an der kostenlosen Zeckenschutzimpfaktion teilnehmen wollen. Verwenden Sie dazu pro Angehörigen einen Formularblock. Bitte die Versicherungsnummer vollständig – mit Geburtsdatum – bekannt geben.

Versicherungsnummer	T T M M J J							Verwandtschaftsverhältnis zum BF / Pensionist	
Name	Titel, Vorname und Zuname des Angehörigen								
Anschrift	Postleitzahl, Ort, Straße Hausnummer								
Letzte FSME-Impfung	Datum		Art der letzten FSME-Impfung (zutreffendes bitte ankreuzen - X)						
			<input type="radio"/> keine	<input type="radio"/> 1. Teil	<input type="radio"/> 2. Teil	<input type="radio"/> 3. Teil	<input type="radio"/> Auffr.		

Versicherungsnummer	T T M M J J							Verwandtschaftsverhältnis zum BF / Pensionist	
Name	Titel, Vorname und Zuname des Angehörigen								
Anschrift	Postleitzahl, Ort, Straße Hausnummer								
Letzte FSME-Impfung	Datum			Art der letzten FSME-Impfung (zutreffendes bitte ankreuzen - X)					
				<input type="radio"/> keine	<input type="radio"/> 1.Teil	<input type="radio"/> 2.Teil	<input type="radio"/> 3.Teil	<input type="radio"/> Auffr.	

Versicherungsnummer	T T M M J J							Verwandtschaftsverhältnis zum BF / Pensionist	
Name	Titel, Vorname und Zuname des Angehörigen								
Anschrift	Postleitzahl, Ort, Straße Hausnummer								
Letzte FSME-Impfung	Datum			Art der letzten FSME-Impfung (zutreffendes bitte ankreuzen - X)					
				<input type="radio"/> keine	<input type="radio"/> 1.Teil	<input type="radio"/> 2.Teil	<input type="radio"/> 3.Teil	<input type="radio"/> Auffr.	

Versicherungsnummer	T T M M J J							Verwandtschaftsverhältnis zum BF / Pensionist	
Name	Titel, Vorname und Zuname des Angehörigen								
Anschrift	Postleitzahl, Ort, Straße Hausnummer								
Letzte FSME-Impfung	Datum			Art der letzten FSME-Impfung (zutreffendes bitte ankreuzen - X)					
				<input type="radio"/> keine	<input type="radio"/> 1.Teil	<input type="radio"/> 2.Teil	<input type="radio"/> 3.Teil	<input type="radio"/> Auffr.	

Versicherungsnummer	T T M M J J							Verwandtschaftsverhältnis zum BF / Pensionist	
Name	Titel, Vorname und Zuname des Angehörigen								
Anschrift	Postleitzahl, Ort, Straße Hausnummer								
Letzte FSME-Impfung	Datum			Art der letzten FSME-Impfung (zutreffendes bitte ankreuzen - X)					
				<input type="radio"/> keine	<input type="radio"/> 1.Teil	<input type="radio"/> 2.Teil	<input type="radio"/> 3.Teil	<input type="radio"/> Auffr.	

.....
Datum

.....
Unterschrift