Dein Name, deine Anschrift

**An den**

**IB Süd e.V., IB VAP Franken**

Schanzäckerstr. 10

90443 Nürnberg

Ort, Datum

**Bitte um Erstattung der Kosten von Vor-Ausreise-/Nachuntersuchung G35 für dein Name**

Sehr geehrtes Team der IB VAP Franken,

anbei schicke ich Ihnen die Unterlagen zur Erstattung der Kosten für die Vor-Ausreiseuntersuchung G35 oder Nachuntersuchung zu. Originalbelege (oder beglaubigte Kopien) für:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | *Betrag* |
| Gesundheitsvorsorgeuntersuchung |  | xx,xx € |
| Gesundheitsnachsorgeuntersuchung |  | xx,xx € |
| **Gesamt:** | | **xx,xx €** |

der o.g. Beleg ist beigefügt

Kosten können von den IB VAP Franken nur erstattet werden, wenn die Abrechnung innerhalb von 4 Wochen nach Vor- oder Nachuntersuchung (welche innerhalb von 8 Wochen nach Rückkehr stattfinden muss) übernommen werden kann.

Daher bitte ich Sie, die Kosten in Höhe von xxx € für die Untersuchung, zu erstatten, und auf folgendes Konto zu überweisen:

Kontoinhaber/in: xxx

IBAN: xxx

BIC: xxx

Mit freundlichen Grüßen

Name (getippt, und darüber handschriftliche Unterschrift)