



Aufmerksam auf Angebot durch    onkologisches Ambulatorium    Pflegefachpersonal    Familie/Freunde    Internet    Krebsliga-Mitarbeitende

Personalien	
Name	Vorname
Adresse	PLZ/Wohnort
Geburtsdatum	
Telefon/Mobile	E-Mail
Sozialver.-Nr.	Diagnose

Informationen zum beanspruchten Angebot	
Therapieform	
Angaben zur Therapeutin / zum Therapeuten	
Name	Vorname
Adresse	PLZ/Ort
Telefon	Mobile
E-Mail	Webseite

**RECHNUNG UND ZAHLUNGSNACHWEIS SIND ZWINGEND BEIZULEGEN**

Nach Einreichen der Unterlagen für die bezogene Leistung und nach Prüfung des Gesuchs, kann sich die Krebsliga Graubünden einmalig mit max. CHF 500.00 an der beanspruchten Dienstleistung beteiligen. Es gibt keinen Rechtsanspruch auf eine finanzielle Beteiligung seitens der Krebsliga Graubünden, eine Ablehnung kann ohne Begründung erfolgen.

Zahlungskordinaten
<b>Bank / Post:</b>
<b>Name, Adresse Kontoinhaber/in</b> (falls abweichend von den Personalien)
<b>Konto-Nr.</b>
<b>IBAN-Nr.</b>

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine Personendaten zum Zweck der weiteren Verarbeitung durch die Krebsliga sowie für die notwendigen Auswertungen und Abrechnungen wie z.B. mit dem Bundesamt für Sozialversicherungen verwendet werden dürfen.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der gemachten Angaben.

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

*Gesuch bewilligt*     *Gesuch abgelehnt* \_\_\_\_\_ *Visum* \_\_\_\_\_