Deutsche Rentenversicherung
Nord
Ziegelstraße 150, 23556 Lübeck
Platanenstraße 43, 17033 Neubrandenburg
Friedrich-Ebert-Damm 245, 22159 Hamburg

Postanschrift
23544 Lübeck
17030 Neubrandenburg
22037 Hamburg

Deutsche Rentenversicherung
Nord

- Ausfertigung für Deutsche Rentenversicherung Nord -

Antrag auf Erstattung der notwendigen Fahrkosten anlässlich der Teilnahme an einer Suchtnachsorgeleistung

Versicherungsnummer

Name, Vorname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort	Telefon

Zeitraum der Suchtnachsorge	Name und Anschrift der Suchtnachsorgeeinrichtung (Stempel):
von **bis**	

Fahrkosten:

Wichtiger Hinweis! Bitte Kopie der Teilnahmebestätigung beifügen!

Anzahl:	Betrag pro Termin: **5 EUR**	**Betrag:** **EUR**

Ich bitte um Überweisung des Erstattungsbetrages in Höhe von **EUR** auf folgende Bankverbindung:

Geldinstitut mit Ortsangabe	
IBAN (International Bank Account Number) **D E**	BIC (Bank Identifier Code)
Nur ausfüllen, wenn der Betrag **nicht** auf das Konto der Antragstellerin / des Antragstellers überwiesen werden soll.	
Kontoinhaber (Name, Vorname)	
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort	

Datum, Unterschrift der/des Versicherten

K 6011 Stand: 06/2013

Deutsche Rentenversicherung
Nord
Ziegelstraße 150, 23556 Lübeck
Platanenstraße 43, 17033 Neubrandenburg
Friedrich-Ebert-Damm 245, 22159 Hamburg

Postanschrift
23544 Lübeck
17030 Neubrandenburg
22037 Hamburg

Deutsche Rentenversicherung
Nord

- Ausfertigung für die/den Versicherte/Versicherten -

Antrag auf Erstattung der notwendigen Fahrkosten anlässlich der Teilnahme an einer Suchtnachsorgeleistung

Versicherungsnummer

Name, Vorname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort	Telefon

Zeitraum der Suchtnachsorge	Name und Anschrift der Suchtnachsorgeeinrichtung (Stempel):
von **bis**	

Fahrkosten:

Wichtiger Hinweis! Bitte Kopie der Teilnahmebestätigung beifügen!

Anzahl:	Betrag pro Termin: **5 EUR**	**Betrag:** **EUR**

Ich bitte um Überweisung des Erstattungsbetrages in Höhe von **EUR** auf folgende Bankverbindung:

Geldinstitut mit Ortsangabe	
IBAN (International Bank Account Number) **D E**	BIC (Bank Identifier Code)
Nur ausfüllen, wenn der Betrag **nicht** auf das Konto der Antragstellerin / des Antragstellers überwiesen werden soll.	
Kontoinhaber (Name, Vorname)	
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort	

Datum, Unterschrift der/des Versicherten

K 6011 Stand: 06/2013