

Berechtigungsschein / Krankenfahrt

Name: _____

Vorname: _____

Geb.-Datum: _____

z.Zt. wohnhaft in: _____

ist gem. § 4 AsylbLG zur Inanspruchnahme einer Krankenfahrt berechtigt.

Ausgangsort: _____

Zielort: _____

Der Berechtigungsschein ist nur am Tag der Ausstellung gültig!

Die Rechnung ist spezifiziert und in einfacher Ausfertigung zusammen mit diesem

Berechtigungsschein an die

Bezirksregierung Arnsberg

-Dezernat 20-

Seibertzstraße 1

59821 Arnsberg

zu übersenden.

Ausstellungsort und Datum Unterschrift