



Antrag auf Krankheitsvergütung

einsenden an: Pharmazeutische Gehaltskasse für Österreich
Spitalgasse 31, 1090 Wien; FAX: (01) 404 14 / 249
telefonische Rückfragen: (01) 404 14 / 222

www.gehaltskasse.at
office@gk.or.at
DVR 0075868

Name der Apotheke		Betriebsnummer	
Apothekenanschrift			
Name der (des) Erkrankten		Geburtsdatum	
krank von	krank bis		

Ich beantrage die Vergütung der Umlage und Mitgliedsbeiträge der Krankenvertreter

Name des Vertreters:	Für die An-, Um- bzw Abmeldung der Kranken- vertreter verwenden Sie bitte die dafür vorgesehenen Formblätter (Papier oder elektronisch)
Name des Vertreters:	

Anmerkung:

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des Apothekenleiters und Apothekenstampiglie