

*Paritätische Vertrauenskommission Rollstuhlversorgung
Swiss Medtech / ORS / MTK / BSV*

Antrag auf Schlichtungsvorschlag

Fall-Nummer: _____ (wird vom PVK-Sekretariat eingetragen)

1. Antragsteller

Name:

Firma:

Adresse:

PLZ / Ort:

Tel.:

E-Mail:

Kontaktperson:

2. Gegenpartei

Name:

Firma:

Adresse:

PLZ / Ort:

Tel.:

E-Mail:

Kontaktperson:

3. Versicherte Person

Vorname und Name:

Adresse:

PLZ / Ort:

Tel.:

E-Mail:

Versicherungs-/ AHV-Nummer:

4. Angaben zum Streitgegenstand

5. Antrag an die PVK

6. Begründung des Antrags

Beilagenverzeichnis (bitte nummerieren):

Diesen Antrag einreichen an: Paritätische Vertrauenskommission Swiss Medtech / ORS / MTK / BSV,
Freiburgstrasse 3, 3010 Bern

Die PVK nimmt nur Anträge zur Prüfung und für einen eventuellen Vermittlungsvorschlag entgegen,
die in genügender Art mit Fotos (evtl. auch zusätzlich mit Skizzen) dokumentiert sind. Anträge, die die-
ser Dokumentationspflicht nicht genügen, werden von der PVK zurückgewiesen.

Der Antragssteller verpflichtet sich, bei einer zwischenzeitlichen einvernehmlichen Lösung des Falles
das PVK-Sekretariat unverzüglich schriftlich darüber in Kenntnis zu setzen.

Ort und Datum:

Unterschrift:
