



## Antrag Solidaritätsfonds-Beitrag

### Angaben des Antragsstellers:

MitgliedNr: ..... Telefon P: .....

Name/Vorname: ..... Telefon G: .....

Strasse: .....

PLZ/Ort: .....

E-Mail: .....

EVU: .....

Postkonto IBAN: .....

Bankkonto IBAN: .....

Beginn Arbeitsverhinderung: .....

Krankheit / Unfall                      Schwangerschaft / Stillzeit                      Berufsinvalidität

Antragssteller:  
(Unterschrift) .....

Ort/Datum: .....

Dem Antrag ist beizulegen: - Bei Krankheit / Unfall / Schwangerschaft/Stillzeit die Lohnabrechnungen der betreffenden Monate und ärztliche Atteste  
- Bei Berufsinvalidität den Entscheid des Medical Services / Vertrauensarztes

### Angaben der Sektion:

Mitglied LPV seit: ..... Sektion: .....

Sektionspräsident:  
(Stempel und Unterschrift) .....

Ort/Datum: .....

Jan Schönenberger, Höhenstrasse Ost 59b, 4600 Olten		Mobil: +41 51 281 38 36	<a href="mailto:kassier@lpv-sev.ch">kassier@lpv-sev.ch</a>
<a href="http://www.lpv-sev.ch">www.lpv-sev.ch</a>		1 / 1	07.08.2019