

# Indo – German Consultancy Services Ltd.



**Frankfurt:** Bettinastrasse 52, 60325 Frankfurt a.M.  
**Hamburg:** Neuer Wall 71, 20354 Hamburg

## Antrag auf Rückerstattung für

Frankfurt

Hamburg

### Frankfurt

Tel : +49 69 7422200  
Fax : +49 69 742220180  
Email : buchhaltung@igcsvisa.de  
Web : [www.igcsvisa.de](http://www.igcsvisa.de)

### Hamburg

Tel : +49 69 7422200  
Fax : +49 69 742220280  
Email : buchhaltung@igcsvisa.de  
Web : [www.igcsvisa.de](http://www.igcsvisa.de)

Hinweis: Bitte schreiben Sie in Druckbuchstaben für eine schnelle Bearbeitung.

Name: \_\_\_\_\_ Konto Nr.: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_ BLZ: \_\_\_\_\_

Str./Nr: \_\_\_\_\_ Bank: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_ Bankort: \_\_\_\_\_

\*Nur wenn Antragssteller nicht Kontoinhaber ist bitte ausfüllen:

Telefon: \_\_\_\_\_ \*Kontoinh. Name: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_ \*Kontoinh. Vorname: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_ \*Kontoinh. Tel.: \_\_\_\_\_

Falls vorhanden Q.Nr.: \_\_\_\_\_

aufgrund: \_\_\_\_\_

\*Bitte legen Sie eine Kopie Ihres Überweisungsbeleg/Kontoauszug bei.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Antragstellers

(Nicht vom Antragsteller auszufüllen)

Antrag erhalten am: \_\_\_\_\_ Antrag geprüft am: \_\_\_\_\_

Gesamtbetrag zur Überweisung: \_\_\_\_\_ €

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
IGCS Mitarbeiter Unterschrift