

Kreiskommando Glarus
Wehrpflichtersatzabgabe
Landstrasse 38
8750 Glarus

Tel. 055 646 68 70
Fax 055 646 68 79
kreiskommando@gl.ch

Antragsformular für die Rückerstattung von Wehrpflichtersatz

Rückerstattung bezahlter Ersatzabgaben nach Erfüllung der Gesamtdienstleistungspflicht

Antragsformular ausfüllen und **zusammen mit Dienstbüchlein** einsenden an:

Kreiskommando Glarus
Postfach
8750 Glarus

Personalien

Versicherungs-Nr.	
Name und Vorname	
Strasse und Nummer	
PLZ / Wohnort	
Telefon-Nummer	
Mail-Adresse	

Kontoangaben für Rückerstattung

Postfinance

Bankkonto: Name der Bank:

Ort der Bank:

IBAN-Nummer (beginnt mit CH...)						
------------------------------------	--	--	--	--	--	--

Ort und Datum:

--

Unterschrift

--