

**Sektion für Wehrpflichtersatzabgabe**

Rue des Casernes 40

Postfach 413

1951 Sitten

## Antrag für die Rückerstattung der Wehrpflichtersatzabgabe

### Personalien

Versicherten-Nr (AHV) :

Name und Vorname (Kto-Inhaber) :

Strasse und Nr. :

PLZ / Wohnort :

Tel. Nr. / E-Mail-Adresse :

### Bank- oder Postverbindung für die Rückerstattung

#### **Postfinance**

Postcheckkonto (IBAN):

#### **Bankverbindung**

Bankname / PLZ und Ort :

IBAN:

Bemerkungen :

**Persönliche Post- oder Bankverbindung; die Überweisung auf das Konto von Drittpersonen ist unzulässig.** Das Antragsformular, **ist zusammen mit dem Dienstbüchlein**, an die obgenannte Adresse einzusenden.

Ort und Datum:

Unterschrift :