

Antrag auf Schlichtungsvorschlag

1. Antragsteller

Name:		
Adresse / PLZ / Ort:		
Tel.:	Fax.:	E-Mail:
Kontaktperson:		

2. Gegenpartei

Name:		
Adresse / PLZ / Ort:		
Tel.:	Fax.:	E-Mail:
Kontaktperson:		

3. Versicherte Person

Name:		
Adresse / PLZ / Ort:		
Tel.:	Fax.:	E-Mail:
Versicherungs-/ AHV-Nummer:		

4. Angaben zum Streitgegenstand

Beschreibung des Streitgegenstandes:

5. Antrag an die PVK

6. Begründung des Antrages

Beilagenverzeichnis (nummeriert):

Diesen Antrag einreichen an: Paritätische Vertrauenskommission ORS / MTK / MV / IV, Tägerhardring 8, 5436 Würenlos

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 dieser 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 / Datum: _____ **Unterschrift:** _____
Antragsteller

Stellungnahme der Gegenpartei

1. Stellungnahme zum Streitgegenstand und zur Begründung

2. Antrag an die PVK

Ergänzendes Beilagenverzeichnis (nummeriert):

Diese Stellungnahme einreichen an: Paritätische Vertrauenskommission ORS / MTK / MV / IV, Tägerhardring 8, 5436 Würenlos

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 dieser Dokumentationspflicht nicht genügen, werden von der PVK zurückgewiesen.

Ort / Datum: _____ **Unterschrift:** _____

Gegenpartei