



**Antragsformular für Rückerstattung bezahlter Ersatzabgaben nach Erfüllung der Gesamtdienstleistungspflicht oder anteilmässige Rückererstattung ZS (Art. 54a WPEV)**

Bitte füllen Sie dieses Antragsformular aus und senden es **mit Ihrem Dienstbüchlein im Original** an folgende Adresse (*Frankierung mit Dienstbüchlein CHF 1.40*):

Dienststelle Militär  
Wehrpflichtersatzverwaltung  
Enetriederstrasse 1  
6060 Sarnen

Angehörige des Zivildienstes haben das Dienstbüchlein nicht zwingend einzusenden.

**Personalien**

AHV- oder Versichertennummer	
Name und Vorname	
Adresse	
Telefon	
E-Mail-Adresse	

**Überprüfung des Rückerstattungsanspruches** (nur ausfüllen, sofern bekannt)

für das/die Ersatzjahr/e	
Bezahlt im Kanton bzw. in den Kantonen	

**Bank- oder Postcheckkonto für Rückerstattungen**

Name des Bankinstituts	
PLZ und Ort	
IBAN Nr.	
Post-Kontonummer	

Datum		Ort	
-------	--	-----	--

Unterschrift

--