

Abtretung

Kostenerstattungstrag für
wohnumfeldverbessernde Maßnahmen

Krankenkasse Anschrift

«Krankenkassen-Name»

«Anschrift»

Versicherter

«Ihr vollständiger Name»

«Geburtsdatum»

«Ihre Anschrift»

«Ihre Versichertennummer»

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit erkläre ich mich damit einverstanden dass die folgend genannte Firma im Rahmen des Kostenerstattungsverfahren für wohnumfeldverbessernde Maßnahmen direkt mit meiner Krankenkasse abrechnen darf:

MG Handel GmbH
Borghofstr. 12
49326 Melle

Ort | Datum

Unterschrift des Versicherten/
Bevollmächtigten/ Betreuers/
gesetzlichen Vertreters