Absender:

Name

Straße

PLZ, Ort

Empfänger:

Dokument entlang dieser Linie falten

Wechselerklärung

Name Versicherte/r

Versichertern-Nr.

Ort, Datum

Sehr geehrte Damen und Herren,
hiermit kündige ich den Bezug der Pflegehilfsmittel zum Verbrauch bei meinem bisherigen Leistungsanbieter

zum .

Ich mache von meinem Wahlrecht Gebrauch.

Ab dem

möchte ich die Pflegehilfsmittel für meine Pflegeperson von folgendem Leistungsanbieter beziehen:

Curecare GmbH
Südwestkorso 14
12161 Berlin

Ich bitte Sie, die ausgesprochene Kostenzusage auf die Curecare GmbH zu übertragen.

Mit freundlichen Grüßen

Unterschrift