

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
Bundesallee 185
10717 Berlin

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

Mit freundlichen Grüßen

Unterschrift