

Absender:

Name

Straße

PLZ, Ort

Empfänger:

----- Dokument entlang dieser Linie falten -----

Wechselerklärung

Name Versicherte/r

Versicherern-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

Curecare GmbH

Südwestkorso 14 | 12161 Berlin | Telefon 030 620 015 44 | Fax 030 627 210 34 | E-Mail info@curecare.de | IK #331108272