

Wechselerklärung

Empfänger:

Versicherte/r

Anrede:	☐ Frau	☐ Herr	☐ divers
Vorname:		Nachname:	
Straße u. Hausnr.:			
Postleitzahl:		Ort:	
Geburtsdatum:		Telefon:	
Versichertennummer:		Krankenkasse:	

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit kündige ich den Bezug der zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmittel bei meinem bisherigen Leistungserbringer zum

--

Ich mache von meinem Wahlrecht Gebrauch und möchte ab dem

--

die Pflegehilfsmittel für meine Pflegeperson von folgendem Leistungserbringer beziehen:

FiVa Pflegeprodukte
Provinzialstraße 86
44388 Dortmund
Tel.: 0231 – 941 431 79
Fax: 0231 – 941 493 67
IK-Nr.: 330 520 190

Bitte übertragen Sie die bisherige Kostenzusage auf den neuen Leistungserbringer.

Mit freundlichen Grüßen

X

Datum

X

Unterschrift