

Wechselerklärung zur Beantragung der Umversorgung mit Pflegehilfsmitteln

Versicherte/r:

..... / 19
Name, Vorname* Geburtsdatum*

.....
Straße, Hausnummer* PLZ* Wohnort*

.....
Telefon / Mobil

Felder die mit * gekennzeichnet sind, sind Pflichtfelder.

Bestätigung meines Pflegehilfsmittel-Anbieterwechsels zu:

Fellerhoff MED TEC GmbH
„großelternbox“

Heinrich-Hertz-Straße 17
46399 Bocholt

Sehr geehrte Damen und Herren, hiermit möchte ich meinen neuen Pflegehilfsmittel-Anbieter anmelden:

Fellerhoff MED TEC GmbH
„großelternbox“

Heinrich-Hertz-Straße 17
46399 Bocholt

IK = 590507217

Fax +49 2871 342 814 2
Tel. +49 2871 342 814 0

Dort nehme ich ab dem den Service der monatlichen „großeltern“ Pflegehilfsmittelbox in Anspruch.
Die Versorgung meines vorherigen Anbieters habe ich gekündigt.

Mit freundlichen Grüßen

.....
Datum und Unterschrift der/des Versicherten