

Wechselerklärung zur Beantragung der Umversorgung mit Pflegehilfsmitteln

Versicherte/r:

Felder, die mit * gekennzeichnet sind, sind Pflichtfelder.

Frau <input type="checkbox"/>	Herr <input type="checkbox"/>	Vorname:*	<input type="text"/>	Nachname:*	<input type="text"/>
Straße*:		<input type="text"/>	Haus-Nr.*:	<input type="text"/>	Adresszusatz: <input type="text"/>
PLZ:*	<input type="text"/>	Ort:*	<input type="text"/>		
Telefon/Mobil: <input type="text"/>					

Bestätigung meines Pflegehilfsmittel-Anbieterwechsels zu:

PROMEDICA24 Care Support GmbH

– PROMEDICA Pflegebox –
Limbecker Platz 1
45127 Essen

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

PROMEDICA24 Care Support GmbH

– PROMEDICA Pflegebox –
Limbecker Platz 1
45127 Essen
Fax: +49 201 85974714
Tel.: +49 800 20022306

Dort nehme ich ab dem Monat im Jahr den Service
der monatlichen „PROMEDICA Pflegebox-Lieferung“ in Anspruch. Die Versorgung meines
vorherigen Anbieters habe ich gekündigt.

Mit freundlichen Grüßen

Datum

X

Unterschrift Versicherte(r) oder Bevollmächtigte(r)