

Formular 2

Information über Wechsel des Leistungserbringers aus dem Bereich Pflegehilfsmittel PG 54.00.00.0000

.....

Name Vorname

.....

Straße PLZ, Wohnort

.....

Geburtsdatum

.....

Krankenkasse

.....

Krankenversicherungsnummer

kündigt den bestehenden Liefervertrag über Pflegehilfsmittel (PG 54.00.00.0000) mit

der Firma

derzeitige Lieferfirma

mit sofortiger Wirkung und möchte nicht mehr beliefert werden.

Ab dem nächst möglichen Termin soll die die Belieferung durch die Firma

BEMAMED – Praxisbedarf

Maxhütte-Gewerbering 19

08056 Zwickau

.....

Datum/ Unterschrift des Versicherten

Letzte Lieferung erfolgte durch Fa.....am

für den Zeitraum.....

Die Versorgung durch die Fa. BEMAMED kann erfolgen ab

.....

Ort, Datum

.....

Unterschrift/Stempel bisheriger Leistungserbringer

Bitte senden Sie uns diese Abtretungserklärung per FAX zu 0375 2040333