

Wechselerklärung

Zur Beantragung der Umversorgung mit Pflegehilfsmitteln



Hand in Hand

Versicherte/r (Felder, die mit * gekennzeichnet sind, sind Pflichtfelder)

Herr Frau Vorname* _____ Nachname* _____
Straße, Nr.* _____ Telefon/Mobil _____
PLZ, Ort* _____ E-Mail _____

Bestätigung meines Pflegehilfsmittel-Anbieterwechsels zu:

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

Pflegehilfsmittel Hand in Hand
Friedrichstraße 30
45772 Marl

Dort nehme ich ab dem Monat _____ 202____ den Service der monatlichen „Pflegebox-Lieferung“ in Anspruch.
Die Versorgung meines vorherigen Anbieters habe ich gekündigt.

Mit freundlichen Grüßen

Datum **X** _____ Unterschrift Versicherte(r) oder Bevollmächtigte(r) **X** _____