Wechsel Leistungserbringer
Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel

Name und Anschrift der zuständigen Pflegekasse

Angaben zum Versicherten / Pflegebedürftige/n

Name:

Vorname:

Anschrift:

Geb. Datum:

Pflegegrad:

Telefon:

Email:

Versichertennummer:

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit kündige ich den Bezug der Zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmittel bei meinem aktuellen Leistungserbringer zum . Ich möchte ab dem von folgendem zertifizierten Leistungserbringer die Zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln erhalten.

Leistungserbringer:

Budmo24; Philippe Michels; Bismarckstraße 34; 66111 Saarbrücken; Tel: 0681/38751440
Email: pflegehilfsmittel@budmo24.de
IK Nummer des Leistungserbringers: 331003470

Ich möchte Sie bitten, die bisherige Kostenzusage auf den neuen Leistungserbringer zu übertragen.

Mit freundlichen Grüßen

(Name / Unterschrift):

(Ort / Datum):