

Absender (Versicherte):

Empfänger (Pflegekasse)

Wechselerklärung

Name des Versicherten: _____

Versicherten-Nr.: _____

Ort, Datum _____

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit kündige ich die zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmittel mit meinem derzeitigen Anbieter zum _____ und mache von meinem Wahlrecht Gebrauch.

Ab dem _____ möchte ich die Pflegehilfsmittel für meine Pflegeperson von folgendem Leistungsanbieter beziehen:

JUKA BOX UG (haftungsbeschränkt)
Wacholderstr. 94
15834 Rangsdorf

Ich bitte Sie, die ausgesprochene Kostenzusage auf die JUKA BOX UG zu übertragen.

Vielen Dank für Ihre Bemühungen im Voraus.

Mit freundlichen Grüßen

Unterschrift