

Abtrittserklärung / Wechselerklärung

Nach sorgfältiger Prüfung und gemäß meinem Wahlrecht des Versorgers möchte ich in Zukunft durch folgende Firma beliefert werden:

MediStore Star Hilfs- & Medizinprodukte, Forststraße 2, 09366 Stollberg, IK 331404191

Aus diesem Grund verlieren alle vorherigen Vereinbarungen ihre Gültigkeit.

Betrifft folgende Versorgungsart:

abl. Inkontinenz	<input type="checkbox"/>
aufsaug. Inkontinenz	<input type="checkbox"/>
Pflegehilfsmittel	<input type="checkbox"/>
Wundversorgung	<input type="checkbox"/>
Trinknahrung	<input type="checkbox"/>
Ent. Ernährung	<input type="checkbox"/>
Reha	<input type="checkbox"/>

Versichertendaten:

Name:	
Vorname:	
Straße:	
PLZ/Ort:	
Geburtsdatum:	
Vers.-Nr.:	
Krankenkasse	

Begründung:

Mit bisheriger Leistung unzufrieden:

Aus wirtschaftlichen Gründen:

Ohne Angaben:

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

Anmerkungen:

Letzter Liefermonat des Vorversorgers: _____

Vorheriger Versorger: _____

Mit freundlichen Grüßen,

Ort / Datum: _____

Unterschrift Versicherte: _____