

Wechselerklärung

Name Versicherte/r: _____

Geburtsdatum: _____

Versicherten Nr.: _____

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit kündige ich den Bezug der Pflegehilfsmittel zum Verbrauch bei meinem bisherigen

Leistungsanbieter zum _____.

Ich mache von meinem Wahlrecht Gebrauch. Ab dem _____ möchte ich die Pflegehilfsmittel für meine Pflegeperson von **PHM-Bielefeld, Veilchenweg 16, 33659 Bielefeld** beziehen.

Ich bitte Sie, die ausgesprochene Kostenzusage an **PHM-Bielefeld** zu übertragen.

Mit freundlichen Grüßen

Unterschrift