

EINWILLIGUNGS- ERKLÄRUNG

Hiermit bestätige ich, Herr/Frau _____, dass ich ab sofort von der Firma PubliCare betreut und mit Versorgungsmaterial beliefert werden möchte.
Meine (Dauerverordnung/Pauschale) bei der Firma _____ ist damit ab sofort ungültig.

Derzeit bin ich bis zum _____ mit Stomaartikeln beliefert worden bzw. versorgt.

Mit freundlichen Grüßen

Datum + Unterschrift

Versichertendaten

Name _____

Vorname _____

Adresse _____

PLZ + Ort _____

Telefon _____

Geburtsdatum _____

Versichertenr. _____

Krankenkasse _____