

Abtretungserklärung

Hiermit trete ich,

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Versichertennummer: _____

meine Ansprüche auf den Zuschuss zur Ernährungsberatung nach § 43 SGB V

gegenüber der: _____
(Name der Krankenkasse)

ab, und zwar an die Praxis:

PEAK FORM
Praxis für Ernährungsberatung
Vera Hille

Freiligrathstr 16
65812 Bad Soden

IK: IK590600814

Kontoinhaber: Vera Hille
Bank: Oldenburgische Landesbank
IBAN: DE74 2802 0050 3465 7379 00
BIC: OLBOD EH2XXX

Datum

Unterschrift