

**Versicherte/r:**

| | | | |
|--------------|------|----------------|-----------|
| Herr | Frau | Vorname: | Nachname: |
| Straße, Nr.: | | Telefon/Mobil: | |
| PLZ, Ort: | | | |

Bestätigung meines Pflegehilfsmittel-Anbieterwechsels zu:

Rheinggesund Service aus einer Hand GmbH
Waffenschmidtstr. 5
50767 Köln

Sehr geehrte Damen und Herren,
hiermit möchte ich meinen neuen Pflegehilfsmittel-Anbieter anmelden:
Rheinggesund Service aus einer Hand GmbH
Waffenschmidtstr. 5
50767 Köln
Tel: 0221 - 953 15 01 0
Fax: 0221 - 953 15 00 9

Dort nehme ich ab _____ den Service der monatlichen „Rheinggesund-Box Lieferung“ in Anspruch.
Die Versorgung meines vorherigen Anbieters habe ich gekündigt.

Mit freundlichen Grüßen



Datum _____



Unterschrift Versicherte(r) oder Unterschrift Bevollmächtigte(r) _____