

ABTRETUNGSERKLÄRUNG für Privatpatienten



ROSEN APOTHEKE
VERSANDSERVICE

Fax: (089) 23 00 27 28
E-mail: service@rosenapotheke.com
Internet: www.rosenapotheke.com

Rosen Apotheke
Caroline Rump e.K.
Postfach 101208

80086 München

>>> Versicherungsnehmer

Vorname, Name _____
Strasse / Hausnummer _____
PLZ / Ort _____
Versicherungsnummer _____

>>> Krankenversicherung

Name _____
Strasse / Hausnummer _____
PLZ / Ort _____
Telefonnummer _____

Direktabrechnung durch die Rosen Apotheke

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit ermächtige ich die **Rosen Apotheke** Caroline Rump e.K., Postfach 101208, 80086 München, meine bei dieser Apotheke eingereichten Rezepte direkt mit meiner Krankenversicherung abzurechnen.

Mit freundlichen Grüßen

Datum

Unterschrift

Dieses Dokument kann auch über das Internet bezogen werden: www.rosenapotheke.com