

ABTRETUNGSERKLÄRUNG für Privatpatienten



ROSEN APOTHEKE
VERSANDSERVICE

Tel: (0800) 23 00 27 00

Fax: (089) 23 00 27 28

E-mail: service@rosenapotheke.com

Internet: www.rosenapotheke.com

Rosen Apotheke

G. Elser-Adelseck 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**, G. Elser-Adelseck 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