

Abtretungserklärung



Versicherungsnehmer

Vorname, Name _____
Versichertennummer _____
Straße / Hausnummer _____
PLZ / Ort _____

Krankenversicherung

Krankenversicherung _____
ggf. Ansprechpartner _____
Straße / Hausnummer _____
PLZ / Ort _____
Telefonnummer _____

Ich erkläre mich hiermit einverstanden, dass die Olympia Apotheke, Marktstr. 6 in 76744 Wörth am Rhein, die anlässlich der bei mir vorgesehenen Medikamenteneinspritzung(-en) entstehenden Arzneimittelkosten, abrechnet.

Die entsprechenden Aufwendungen sollen auf folgendes Konto der Olympia Apotheke bei der Apotheker- und Ärztebank angewiesen werden:

IBAN: DE 70 3006 0601 0006 8223 63
BIC: DAAEDEDXXX

Kto.-Nr.: 0006822363
BLZ: 300 606 01

Ort, Datum

Unterschrift