

ABTRETUNGSERKLÄRUNG

Hiermit trete ich:

.....
(Name, Vorname Versicherter oder gesetzlicher Vertreter mit Geburtsdatum und Adresse)

meinen Anspruch oder

den Anspruch von geb. am
(Herrn/ Frau)

.....
(Wohnadresse)

auf
(Beschreibung des Anspruchs)

in Höhe von EURO

aus dem Vertrag mit:

.....
(Leistungserbringer)

unter dem Vorbehalt des schriftlichen Widerrufs an die:

RADUGA Pflege & soziale Dienstleistungen GmbH, Koppelstrasse 49c in 22529 Hamburg
(Leistungserbringer)

ab.

.....
(Ort, Datum)

.....
(Unterschrift Versicherter/ gesetzlicher Vertreter)

Hiermit nehme ich die o.g. Abtretung an:

.....
(Ort, Datum)

.....
(Unterschrift Leistungserbringer, Stempel)