

Wechselerklärung

zur Beantragung der Umversorgung mit Pflegehilfsmitteln



Dieses Formular dient der Kenntnissnahme Ihrer Pflegekasse über einen Lieferantenwechsel in Bezug auf Ihre Pflegehilfsmittelversorgung.

Versicherte/r:

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

Bestätigung meines Pflegehilfsmittel-Anbieterwechsels zu:

Impulse Distribution GmbH
Möckernstraße 31
30163 Hannover

Sehr geehrte Damen und Herren,
hiermit möchte ich meinen neuen Pflegehilfsmittel-Anbieter anmelden:

Impulse Distribution GmbH
Möckernstraße 31
30163 Hannover
Telefon: +49 (0) 511 9999 4 270
Telefax: +49 (0) 511 9999 4 279

330 302 458
IK-Nr. des Leistungserbringers

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

Mit freundlichen Grüßen



Datum



Unterschrift Versicherte(r) oder Bevollmächtigte(r)