

Abtretungserklärung

Name des Versicherten: _____

Krankenkasse: _____

Versichertennummer: _____

Hiermit trete ich meine Forderungen gegenüber meiner oben genannten Krankenkasse an Uta Hille/Ernährungsberatung Essgemäß ab.

Bitte überweisen Sie den Betrag in Höhe der Kostenbeteiligung auf folgendes Konto:

Kontoinhaber: Uta Hille
IBAN: DE13 1001 1001 2024 6781 55
BIC: NTSBDEB1XXX
Bank: N26

Institutionskennzeichen für die Krankenkassen: 591104724

Bei Fragen wenden Sie sich bitte an:

Uta Hille
Dipl.Ernährungswissenschaftlerin

Bänschstr. 77
10247 Berlin

Telefon: 030 428 00 911
Fax: 030 208 66 191
Email: kontakt@essgemaess.de

www.uta-hille.de

Unterschrift des Versicherten

Berlin, Datum