



SterilTec GmbH
Ihr Partner für Hygiene

Wechselerklärung

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

Name und Anschrift der Pflegekasse

Name der/des Versicherten/Pflegebedürftigen

Frau Herr Name: _____

Straße/Nr.: _____ Geburtsdatum: _____

PLZ/Ort: _____ Pflegegrad: 1 2 3 4 5

Telefon: _____ Versichertennummer: _____

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit kündige ich den Bezug der zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmittel bei meinem bisherigen

Leistungserbringer zum _____. Ich mache von meinem Wahlrecht Gebrauch. Ab

dem _____ möchte ich die Pflegehilfsmittel für mich bzw. meine Pflegeperson von

folgendem Leistungserbringer beziehen:

SterilTec GmbH

Ringstraße 20

35099 Burgwald

IK-Nr. des Leistungserbringers: 330602417

Bitte übertragen Sie die bisherige Kostenzusage auf den neuen Leistungserbringer. Vielen Dank.

Mit freundlichen Grüßen

Datum

Unterschrift Versicherte(r) oder Bevollmächtigter(r)

SterilTec GmbH
Ringstr. 20
35099 Burgwald
Fon +49 6451 – 24 03 760
Fax +49 6451 – 24 03 761
Email: info@steriltec.net
www.steriltec.net

Volksbank Mittelhessen
BIC: VBMHDE5F
IBAN: DE48 5139 0000 0050 7983 05

USt-ID: DE310 540 476
HRB 6863Marburg
Steuer-Nr.: 26 245 102 86
Geschäftsführer: Dieter Nebert