

Abtretungserklärung

Ambulante Ernährungstherapie im HealthActive Gesundheitszentrum
gemäß § 43 SGB

Hiermit trete ich meinen Anspruch auf anteilige Übernahme der Kosten für die ambulante Ernährungstherapie an Frau Petra Cernoch, staatl. geprüfte Diätassistentin, VDD-zertifiziert, im HealthActive Gesundheitszentrum ab.

Bitte überweisen Sie dem HealthActive-Gesundheitszentrum direkt den Krankenkassenanteil entsprechend der beiliegenden Rechnung.

Versicherungsnehmer/in: _____

Geburtsdatum: _____

Versicherungsnummer: _____

Mit freundlichen Grüßen

Unterschrift