

Knappschaft
Fachzentrum für Hilfsmittel
45095 Essen

Datenübermittlung an einen Hilfsmittellieferanten

Einwilligung

Ich bin einverstanden, dass die KNAPPSCHAFT die notwendigen Informationen zum Zwecke meiner weiteren Versorgung mit dem (verordneten) Pflegehilfsmittel _____ an den von mir gewählten Vertragspartner weiterleitet.

Persönliche Angaben

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Straße _____

PLZ, Ort _____

Telefon (optional) _____

Anmerkung:

Ort, Datum

Unterschrift