
Absender Vor- & Zuname

Straße, PLZ, Ort

Anschrift Ihrer Krankenkasse

Datum: _____

Abtretungserklärung

Sehr geehrte Damen und Herren,

bitte rechnen Sie die Kosten für die Dolmetschtätigkeit von _____

am _____ anlässlich meines Arztbesuches bei _____

_____ mit der Dolmetschagentur KONEXUS GbR,

Groenen Feld 1, 49328 Melle ab.

Meine Mitgliedsnummer ist _____ .

Mit freundlichen Grüßen