

**Abtretungserklärung
für Privatpatienten**

Igel-Apotheke
Schwaneweder Str. 21-23
28779 Bremen

Versicherter:

Name, Vorname _____

Straße + Hausnummer _____

Postleitzahl + Ort _____

Versicherungsnummer _____

Krankenversicherung

Name _____

Straße + Hausnummer _____

Postleitzahl + Ort _____

Telefonnummer _____

Direktabrechnung durch die Igel-Apotheke

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit ermächtige ich die Igel-Apotheke Stefan Czyz e.K., Schwaneweder Str. 21-23, 28779 Bremen,
meine bei dieser Apotheke eingereichten Rezepte direkt mit meiner Krankenversicherung abzurechnen.

Mit freundlichen Grüßen

_____ Datum

_____ Unterschrift