

Meine Apotheke Marienbrunn • Zwickauer Str. 99a • 04277 Leipzig

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

wir benötigen von Ihnen eine unterschriebene Erklärung zur Partnersversorgung.

Eigenerklärung zur vollständigen Versorgung (Partnersversorgung/Etagenbettversorgung) der benötigten allergendichten Zwischenbettbezüge:

- Hiermit erkläre ich, dass ich eine Partnersversorgung benötige, da ich mit meinem Partner*in in einem Doppelbett schlafe.
- Hiermit erkläre ich, dass mein Kind eine Dopperversorgung benötigt, da es mit dem Geschwisterkind in einem Etagenbett schläft.

Persönliche Daten für den Datenabgleich:

Name des Versicherten: _____ Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

eventuell abweichende Lieferadresse: _____

Krankenkasse: _____ Versicherten-Nr.: _____

Wichtig für Rückfragen! Telefonnummer (tagsüber): _____

Email-Adresse: _____

Datum: _____ Unterschrift _____

Bitte unterschreiben Sie dieses Formular und geben Sie es zusammen mit den Matratzenmaßen und der Originalverordnung bei uns ab oder Sie schicken es per Post an untenstehende Adresse.