



ABTRETUNG DER BERATUNGSGEBÜHREN

Vor- und Nachname

Geburtsdatum

Anschrift

Krankenkasse

Versicherten- Nr.:

ABTRETUNGSERKLÄRUNG

Die Ansprüche auf Kostenerstattung für die ärztlich bescheinigte ernährungstherapeutische Beratung trete ich hiermit an

die Firma (*Name der Firma*) ab.

Ich bitte die (*Name der Krankenkasse*), die Kosten für die Ernährungsberatungen direkt mit der

Firma (*Name der Firma*) abzurechnen.

Bankverbindung / Institut:

IBAN

BIC:

Ort, Datum, Unterschrift des Beratungsteilnehmers

