

# Wahlrechtserklärung

**Bitte unterschrieben zurückschicken!**

Hiermit erkläre ich, dass meine Versorgung mit Hilfsmitteln ab sofort bzw. dem nächstmöglichen Zeitpunkt über MEDI-MARKT Homecare GmbH erfolgen soll. Diese Firma ist der Leistungserbringer meiner Wahl.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass MEDI-MARKT Homecare GmbH diese Wahlrechtserklärung bei der  
zur Kenntnis einreicht.

Vorname

Name

Straße/Nr.

PLZ

Ort

Geburtsdatum

Versicherten-Nr.

Kunden-Nr.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich über die Hilfsmittel und deren Anwendung beraten wurde.

Ort, Datum

*x*

Unterschrift des Versicherten/Vertreters

Sie haben Fragen zu unseren Leistungen? Kein Problem!  
Unsere Kundenberater helfen Ihnen gerne weiter.



0621 391 56 59 28



0621 33 90 56 43



neukunde-sp@medi-markt.de

**Wir beraten  
Sie gerne!**

