



TAUNUS RESIDENZEN
BAD SODEN

Brunnen Apotheke Einverständniserklärung

Bewohner/in:

geboren am:

Wohnbereich:

Hiermit bewillige ich die Belieferung meiner Medikamente durch die:



Brunnen Apotheke Lietz OHG
Prof.-Much-Straße 2
65812 Bad Soden
Tel.:06196-7640670
Fax:06196-7640669
E-Mail:info@brunnen-apotheke-lietz.de

Krankenkasse:

Versicherten-Nr.:

Zuzahlungsbefreiung:

liegt nicht vor

liegt vor, gültig bis:

Ärzte:





TAUNUS RESIDENZEN

BAD SODEN

Abrechnung der belieferten Medikamente mit der Brunnen Apotheke Lietz OHG

Ich wünsche die Kostenabrechnung monatlich durch die Apotheke per Bankeinzug (jederzeit widerrufbar):

ja nein

Bankverbindung

Kontoinhaber:

IBAN: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

BIC: _ _ _ _ _ _ _ _

Falls kein Bankeinzug gewünscht:

Ich möchte die Lieferungen von der Brunnen Apotheke Lietz OHG monatlich per Rechnung begleichen (jederzeit widerrufbar):

ja nein

Rechnung an: Bewohner/in Angehörige Betreuer/in

Anschrift:

Bad Soden, den

Datum

Unterschrift

