



betr.: Vollmacht bez Entlastungsleistungen / Leistungen der Verhinderungspflege

Klient*In:		geb.:	
Strasse:		Wohnort:	
Kranken-/Pflegekasse:		Vers-Nr.:	
Status:		Pflegegrad:	

Vollmacht

mit diesem Schreiben bevollmächtige ich, _____
 meine Kranken-/ Pflegekasse, die vom ambulanten Betreuungsdienst erbrachten
 Entlastungsleistungen / Leistungen der Verhinderungspflege direkt mit der komuniti GmbH
 (Leistungserbringer) abzurechnen.

mit freundlichen Grüßen

Klient*In/ Bevollmächtigte*r