

Stempel der Praxis:

Herr/ Frau: _____ geb.: _____

Krankenkasse: _____

Verordnung vom: _____ Arzt : _____

Hiermit bestätige ich, dass ich trotz zweimaliger Aufforderung die Zuzahlung in Höhe von _____ Euro nicht beglichen habe.

Datum, Unterschrift

Stempel der Praxis:

Herr/ Frau: _____ geb.: _____

Krankenkasse: _____

Verordnung vom: _____ Arzt : _____

Hiermit bestätige ich, dass ich trotz zweimaliger Aufforderung die Zuzahlung in Höhe von _____ Euro nicht beglichen habe.

Datum, Unterschrift