

Abtretungserklärung

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass Frau Dipl. Psych. Katrin Richter, Karkshörn 44 A, 24226 Heikendorf im Rahmen des Kostenerstattungsverfahrens für Psychotherapie, Rechnungen direkt an die Krankenkasse stellt.

Name, Vorname

Postadresse

Krankenkasse, Versichertennummer, Geburtsdatum

Mit freundlichen Grüßen

Heikendorf,