ALSTERDORFER ERNÄHRUNGSBERATERINNEN

Abtretungserklärung

Hiermit trete ich meinen Anspruch auf Übernahme der Kosten für die Ernährungsberatung ab. Begünstigte ist

O Frau Dipl.oec.troph. Corinna Handt

O Frau Dipl. oec. troph. Kirsten Kern

O Frau Jennifer Hansen B.Sc. Ökotroph.

Bitte überweisen Sie den Krankenkassenanteil für die Ernährungsberatung direkt an die Beraterin gemäß der beigefügten Rechnung.

Versicherungsnehmer/in: _____

Geburtsdatum: _____

Krankenkasse: _____

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift

Alsterdorfer Ernährungsberaterinnen—Heubergredder 32—22297 Hamburg -
Tel.: 0177-9584434—info@alterdorfer-ernaehrungsberaterinnen.de