

HBS Hanseatischer Betreuungsdienst Stunz UG
Plöner Straße 14
23623 Ahrensböök

Vollmacht über Budgetabfrage

Hiermit bestätige ich

Name, Nachname: _____

Anschrift: _____

Geburtsdatum: _____

Kv.Nr.: _____

Dass der hanseatischer Betreuungsdienst die Befugnis hat bei meiner Pflegekasse eine Budgetabfrage zu tätigen.

Mit freundlichen Grüßen

Unterschrift Kunde