

Name und Anschrift Versicherte/r:

An Versicherung:

Ort/Datum: _____

Abtretungserklärung

Sehr geehrte Damen und Herren,

Sie haben die Kostenerstattung für meine ambulante Psychotherapie bei

Frau Dipl.-Psych. Grit Hoffmann
Psychol. Psychotherapeutin (DGVT)
Privatpraxis für Psychotherapie
Gesundheitszentrum am Hafan
Seewartenstraße 10 - Haus 2
20459 Hamburg - Telefon: 040/87976000
kontakt@psychotherapie-hoffmann.de
www.psychotherapie-hoffmann.de

zugesagt. Die Praxis überträgt die Abwicklung ihres Rechnungswesens der Mediserv GmbH. Hiermit trete ich daher meinen Anspruch auf Erstattung der vereinbarten Honorarsätze rechtsverbindlich ab an die Mediserv Abrechnung und Service für Heilberufe GmbH, 66094 Saarbrücken.

Ich bitte Sie, das Honorar unmittelbar zu überweisen an:

Mediserv GmbH
Konto: 600525000
BLZ: 59040000 (Commerzbank Saarbrücken)

Vielen Dank. Für Rückfragen stehe ich gern zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen,

Unterschrift Versicherte/r