

**Kunden Anschrift**

**Lieferschein-Nr:**

Datum:

Lieferdatum:

Kunden-Nr:

# **Lieferschein**

## **Pos. Pflegepositions-Nr. Menge Bezeichnung**

---

Erklärung: Ich darf die Pflegehilfsmittel nicht an Dritte weitergeben oder verpfänden. Die Kosten werden nur bis zur von meiner Pflegekasse genehmigten Höhe übernommen; für zusätzliche Leistungen trage ich die Kosten selbst.

## **Haben Sie einen Änderungswunsch?**

**Bitte melden Sie sich bis zum 20. des Monats auf unserer Website  
Adresse, per E-Mail an [kontakt@pb-marina.de](mailto:kontakt@pb-marina.de) oder telefonisch unter  
02369/7429658.**

Mit freundlichen Grüßen