

Kunden Anschrift

Lieferschein-Nr:

Datum:

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 oder telefonisch unter
02369/7429658.**

Mit freundlichen Grüßen