

Abtretung der Kostenerstattung

Hiermit trete ich die Kostenerstattung der
Mamma-Kernspintomographie-Untersuchung
an das Diagnostic Center /Radiologie Düsseldorf

Dr. P.A. May/Dr. H. Rausch/Dr. G.J. Strecker/ Dr. H. Bartel
Graf-Adolf-Platz 3 / Friedrichstr. 2
40213 Düsseldorf / 40217 Düsseldorf

ab.



Datum

Unterschrift