

Abtretung der Kostenerstattung

Hiermit trete ich die Kostenerstattung der Untersuchung am
_____ 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 und bin damit einverstanden, dass direkt mit meiner Krankenkasse _____
abgerechnet wird.

Datum

Unterschrift