

## Wechselerklärung / Vollmacht zur Kündigung

Zur Beantragung der Umversorgung mit Pflegehilfsmitteln (Bitte nur ausgefüllen, wenn bisher ein anderer Leistungserbringer zugeliefert hat.)

### Name der/des Versicherten/Pflegebedürftigen (Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen):

Frau Herr Vorname: \_\_\_\_\_ Nachname: \_\_\_\_\_

Straße/Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: 

--	--	--	--	--	--	--	--

Pflegegrad: 1 2 3 4 5 Kein Pflegegrad

### Bisheriger Leistungserbringer (Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen):

Firma: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Straße/Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

### Bestätigung meines Pflegehilfsmittel-Anbieterwechsels zu:

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit möchte ich meinen neuen Pflegehilfsmittel-Anbieter anmelden:

ecura GmbH  
Homburger Straße 76  
61118 Bad Vilbel  
Tel.: + 49 6101 800 604  
E-Mail: info@ecura.de

Dort nehme ich ab dem Monat / Jahr \_\_\_\_\_ den Service der monatlichen „Pflegebox-Lieferung“ in Anspruch. Die Versorgung meines vorherigen Anbieters habe ich gekündigt.

Hiermit bevollmächtigen Sie die ecura GmbH, bestehende Vertragsverhältnisse mit dem vorgenannten Anbieter, welche die Versorgung mit Pflegehilfsmitteln zum Gegenstand haben, schnellstmöglich aufzuheben, insbesondere eine ordentliche Kündigung auszusprechen sowie sonstige Willenserklärungen in diesem Zusammenhang abzugeben und entgegenzunehmen.

Mit freundlichen Grüßen



\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift Versicherte(r) oder Bevollmächtigte(r)

Bitte senden Sie das Original per Post oder eingescannt als E-Mail an die unten stehenden Kontaktdaten.