

Versichertennummer:

E-Mail:

Telefon:

Mobil:

Antrag auf Erstattung nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel

Sehr geehrte Damen und Herren,

Mir / meinem/meiner Familienangehörigen wurden von einem Arzt nicht verschreibungspflichtige Medikamente verordnet, welche ich in der Apotheke gekauft habe.

Hiermit möchte ich die Möglichkeit in Anspruch nehmen, mir die angefallenen Kosten unter Beachtung der zugrundeliegenden Satzung erstatten zu lassen. Das Privatrezept sowie die Apothekenrechnung habe ich im Original beigefügt. Bitte lassen Sie mir den Betrag auf meinem Konto gutschreiben.

IBAN:

BIC:

Vielen Dank für Ihre Bemühungen im Voraus.

Mit freundlichen Grüßen,

Unterschrift

Dieser Musterbrief wird Ihnen freundlich
zur Verfügung gestellt von



STOLL & SIELING

www.hnodortmund.de