

Batterieabo für CI-Batterien

(gültig nur für Deutschland)

Füllen Sie das Formular digital aus, drucken Sie es und senden es

per Fax an 0511 / 542 77 81 oder

per Post an Cochlear Deutschland GmbH & Co. KG, Karl-Wiechert-Allee 76A, 30625 Hannover

Mit uns wird vieles wieder hörstellbar!

Name des/der Versicherten

Geburtsdatum (dd.mm.yyyy)

Straße

Nr.

PLZ

Ort

Betreuende Klinik

ggf. abweichende Lieferadresse:

Name / Firma

Straße

Nr.

PLZ

Ort

Telefon

Telefax

Wieviele Batterien benötigen Sie derzeit pro Woche?

_____ Stück

Gewünschter Starttermin (Lieferung erfolgt quartalsweise):

1. Januar 1. April 1. Juli 1. Oktober

Damit wir mit Ihrer Krankenkasse abrechnen können, benötigen wir noch Ihre Krankenversichertendaten.

Name der Krankenkasse

Kasse (Nummer)

Versichertennummer

Status

Mit Ihrer Unterschrift ermächtigen Sie uns zur Abrechnung des Abonnements mit Ihrer Krankenkasse.

Ort, Datum

Unterschrift

Hear now. And always

