

Kündigung des Hausarztprogramms

Absender:

Name: _____

Straße, Nr.: _____

PLZ, Ort: _____

Empfänger:

Krankenkasse: _____

Adresse: _____

Ort, Datum: _____

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit kündige ich meine Teilnahme am Hausarztprogramm gemäß den Teilnahmebedingungen zum nächstmöglichen Zeitpunkt.

Bitte bestätigen Sie mir den Beendigungszeitpunkt sowie den Eingang dieses Schreibens schriftlich.

Ich bitte außerdem darum, meinem Hausarzt die Kündigung zeitnah mitzuteilen, damit die Teilnahmeunterlagen dort entsprechend angepasst werden können.

Vielen Dank für die bisherige Betreuung.

Mit freundlichen Grüßen,

Unterschrift: _____