

Hausarztsystem

Name / Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Mitglied-Nr.: _____

Strasse, Ort: _____

Beitritt zur Hausarztversicherung per _____

Hausarzt (Name & Adresse): _____

Wechsel des Hausarztes per _____

Neuer Hausarzt (Name & Adresse): _____

Austritt aus der Hausarztversicherung per _____

Es gelten die zusätzlichen Versicherungsbedingungen (ZVB) über das Hausarztsystem der Krankenkasse Birchmeier.

Datum & Ort:

Unterschrift des Versicherten
