

BKK B. Braun Aesculap
Grüne Straße 1
34212 Melsungen

Datum: _____

Kündigung meines Hausarztzentrierten Versorgungsvertrages

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit kündige ich meinen Hausarztzentrierten Versorgungsvertrag zum frühestmöglichen Zeitpunkt.

Ich bitte um eine kurze schriftliche Bestätigung.

Freundliche Grüße

Unterschrift

Angaben zu meiner Person

Name:

Vorname:

Straße:

PLZ, Ort:

Geburtsdatum:

Angaben zu meinem Hausarzt

Name der Hausarztpraxis:

Straße:

PLZ, Ort: