

● **bkk** melitta hmr

ServiceCenter Minden

Postfach 1224

32372 Minden

Hiermit fordere ich	
Name, Vorname	Versicherungsnummer
Straße, Nr.	PLZ, Ort
E-Mail-Adresse ¹	Telefonnummer ¹

eine ausführliche Leistungsübersicht für den Zeitraum
vom _____ **bis** _____

für folgende Leistungen an:

- Ambulante ärztliche Leistungen
- Arzneimittelversorgungen
- Heilmittelverordnungen
- Hilfsmittelverordnungen
- Selektivverträge
- Zahnärztliche Leistungen
- Sonstige: _____

Ort, Datum

Unterschrift