

.....
 (Name, Vorname)

Regensburg, den

An die
 Stadt Regensburg
 Amt für Soziales
 Abteilung 50.2
 Johann-Hösl-Str. 11 b
 93053 Regensburg

Erklärung zur Wahl der Krankenkasse

Ich wähle folgende Krankenkasse als betreuende Krankenkasse (bitte ankreuzen):

<input type="checkbox"/>	AOK Bayern – Die Gesundheitskasse	<input type="checkbox"/>	DAK Gesundheit
<input type="checkbox"/>	Techniker Krankenkasse	<input type="checkbox"/>	BARMER
<input type="checkbox"/>	Siemens-Betriebskrankenkasse	<input type="checkbox"/>	IKK-Classic
<input type="checkbox"/>	Betriebskrankenkasse Mobil Oil	<input type="checkbox"/>	Kaufmännische Krankenkasse KKH
<input type="checkbox"/>	Sonstige: _____	<input type="checkbox"/>	Audi BKK

Ich bitte Sie, die von mir gewählte Krankenkasse entsprechend zu informieren. Ich bin mit der Weitergabe meiner/unserer persönlichen Daten an die Krankenkasse einverstanden. Diese Daten werden von der Krankenkasse zur Übernahme meiner/unserer Krankenbehandlung zwingend benötigt.

.....
 (Name, Vorname - Unterschrift)