

B.A.H. e.V.
Cicerostraße 37

10709 Berlin



B.A.H.
Bundesarbeitsgemeinschaft
Hauskrankenpflege e.V.

Tel: 030/3699245-0
Fax: 030/3699245-15

Bestellung

Nachweisformular nach § 37 Abs. 3 SGB XI

Ich/Wir bestelle(n) zur Lieferung an meinen/unseren Pflegedienst:

Exemplare Nachweisformular nach § 37 Abs. 3 SGB XI
mit zwei selbstdurchschreibenden Durchschlägen
zum Preis von 0,40 € je Exemplar, versandkostenfrei

(Mindestmenge 25 Stück)

Pflegedienst, Anschrift

Ort/Datum

Unterschrift