

Ermächtigungserklärung

Leistungserbringer: _____

IK-Nr.: _____

Hiermit erkläre ich, dass ich die Abrechnungsstelle

Firma/Herr/Frau: _____

Anschrift: _____

vom _____ an ermächtige, sämtliche von mir nach den Bestimmungen dieses Vertrages für Versicherte der IKK classic erbrachten Leistungen mit schuldbefreiender Wirkung mit der IKK classic abzurechnen. Bisher abgegebene Ermächtigungen werden ab diesem Zeitpunkt unwirksam.

(Ort, Datum)

(Stempel, Unterschrift)

