

Name: .....

Datum: .....

Vorname: .....

Adresse: .....

.....

## **BKK Deutschland**

Abt. Hilfsmittel

Fax.: 0511 - 9667 760

### Antrag auf Stromkostenerstattung für cPAP - Gerät

Zeitraum: .....

Versicherten-Nummer der Krankenversicherungskarte:

.....

Sehr geehrte Damen und Herren,

seit dem ..... habe ich ein CPAP - Gerät, welches ich dauernd benutze.

Ich beantrage für die Zeit vom ..... bis ..... die Erstattung der Stromkostenpauschale auf mein Konto:

Konto Nr.:.....

BLZ.: .....

Name der Bank:.....

Vielen Dank.

Mit freundlichen Grüßen