

Mikrofonabdeckung - Abonnement

Ich beauftrage hiermit die Hörpunkt GmbH mir alle **3 Monate (Med-EL) oder 6 Monate (Cochlear)** 1 Päckchen Mikrofonabdeckungen pro Sprachprozessor zuzuschicken.

Zunächst wird das Abonnement auf 24 Monate abgeschlossen, wobei Sie unseren Service jederzeit ohne Einhaltung einer Frist schriftlich pausieren oder kündigen können.
Das Abonnement verlängert sich nach 24 Monaten automatisch um weitere 12 Monate.

Name:	Vorname:
Straße:	PLZ / Ort:
Geburtsdatum:	Telefonnummer:
Krankenkasse: <input type="checkbox"/> AOK - _____ <input type="checkbox"/> Barmer <input type="checkbox"/> Techniker <input type="checkbox"/> BKK - _____ <input type="checkbox"/> IKK - _____ <input type="checkbox"/> _____	
Sprachprozessor Nr. 1 + Farbe:	Sprachprozessor Nr. 2 + Farbe:

Der Versand erfolgt immer bis zum 15. des Monats, die Ware wird mit UPS versendet.

Ihr gewünschter Starttermin ist: 15 . _____ . _____

Wir weisen darauf hin, dass das Mikrofonabdeckung - Abonnement direkt zwischen der Hörpunkt GmbH und dem oben genannten Kunden zustande kommt.
Diese Leistung wird üblicherweise von der Krankenkasse übernommen. Sofern eine Übernahme der Kosten durch Ihre Krankenkasse nicht erfolgt, erhalten Sie von uns eine entsprechende Benachrichtigung und gesonderte Rechnung über die Kosten für die Mikrofonabdeckungen.

Hiermit erkläre ich mich ausdrücklich einverstanden.

Ort / Datum

Unterschrift Kunde