

DAK Gesundheit



DAK - Partnervertrieb Köln (6092)

c/o Dr. Walter GmbH

Eisenerzstraße 34

53819 Neunkirchen-Seelscheid

Service-Tel.: **(0 22 47) 91 94-88**

Telefax: **(0 22 47) 91 94-40**

Service-PC-Fax: **(040) 33470 - 213 847**

Versicherungsbescheinigung

Diese Bescheinigung ist mit den Unterlagen für die Einschreibung der Hochschule einzureichen.

Her/Frau

Versichertennummer

DW-

Geburtsdatum

Anschrift c/o Dr. Walter GmbH

Straße, HN Eisenerzstraße 34

PLZ Ort 53819 Neunkirchen-Seelscheid

ist bei uns versichert

Name und Anschrift der Krankenkasse

DAK Gesundheit

c/o Dr. Walter GmbH

Eisenerzstraße 34

53819 Neunkirchen-Seelscheid

Betriebsnummer

15035218

Datum:

Unterschrift:

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Michaela K.", written over a white background.

Anschrift der Krankenkasse

DAK - Partnervertrieb Köln (6092)
c/o Dr. Walter GmbH
Eisenerzstraße 34
53819 Neunkirchen-Seelscheid



Service-PC-Fax: (040) 33470 - 213 847

Meldung für das Sommersemester 2017
(von der Hochschule auszufüllen)

Herr/Frau

Geburtsdatum

Anschrift c/o Dr. Walter GmbH

Straße, Nr. Eisenerzstraße 34

PLZ Ort 53819 Neunkirchen-Seelscheid

Nationalität CN

Versichertennummer

DW-

Matrikelnummer

ist für das oben genannte Semester eingeschrieben worden, am: _____

ist (war) mit dem Ablauf des oben genannten Semesters nicht mehr als Student/in Mitglied der Hochschule. Das Semester endete am: _____

Name der Hochschule

Betriebsnummer

Straße, HN oder Postfach

PLZ, Ort

Datum, Unterschrift, Stempel

Anschrift der Krankenkasse

DAK - Partnervertrieb Köln (6092)
c/o Dr. Walter GmbH
Eisenerzstraße 34
53819 Neunkirchen-Seelscheid



Service-PC-Fax: (040) 33470 - 213 847

Meldung für das Sommersemester 2017
(von der Hochschule auszufüllen)

Herr/Frau

Geburtsdatum

Anschrift c/o Dr. Walter GmbH

Straße, Nr. Eisenerzstraße 34

PLZ Ort 53819 Neunkirchen-Seelscheid

Nationalität CN

Versichertennummer

DW-

Matrikelnummer

ist für das oben genannte Semester eingeschrieben worden, am: _____

ist (war) mit dem Ablauf des oben genannten Semesters nicht mehr als Student/in Mitglied der Hochschule. Das Semester endete am: _____

Name der Hochschule

Betriebsnummer

Straße, HN oder Postfach

PLZ, Ort

Datum, Unterschrift, Stempel