

[Vorname Nachname]

[Straße und Hausnummer]

[Postleitzahl und Stadt]

[Telefonnummer]

[E-Mail-Adresse]

[Datum]

Betreff: Wahl der Kostenerstattung für zahnärztliche Versorgung

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich möchte hiermit die Option der Kostenerstattung für zahnärztliche Versorgungsleistungen wählen.
Bitte senden Sie mir eine Bestätigung über diese Wahl.

Mit freundlichen Grüßen,

[Handschriftliche Unterschrift]

[Vorname Nachname]