

Nana Kondo
Berliner allee 19
40627 Berlin Berlin,

AN
Care Concept
Am Herz-Jesu-Kloster 20,
D-53229 Bonn

den 03.Mai 2014

Versicherungsscheinnr : CC129944781

Sehr geehrte Damen und Herrn,

Hiermit sende ich Ihnen Rechnungen von meinen letzten Arztbesuch zu.
Die Rechnung mußte ich vor Ort begleichen.
Ich bitte Sie um die Erstattung dieser Kosten auf mein folgendes
Bankkonto;

Kontoinhaber : Nana Kondo
Bank : Post Bank Berlin
IBAN : DE18 3601 0043 9999 9999 99
Kontonr. : 9999 9999
BLZ : 3601 0043 99

Mit freundlichen Grüßen

Nana Kondo

ここに署名をしてください。