

Empfänger:
Postbeamtenkrankenkasse
70467 Stuttgart

Versichertennummer: _____

Mitglied: _____

Telefonnummer: _____

Datum: _____

Angaben zum Hausnotrufsystem Angaben zum Anbieter

Name, Bezeichnung des Anbieters: Microsynetics GmbH
Straße und Hausnummer: Werkstraße 22
PLZ und Ort: 59494 Soest
Telefonnummer: 0800 000 3692

Installationsdatum Hausnotrufsystem: _____

Der Anbieter versichert, dass das vom Versicherungsnehmer gemietete „Gardia Hausnotrufgerät“ unter der IK-Nummer 590521885 folgende Funktionen aufweist:

- Selbsttestfunktion
- Alarmfunktion mit Freisprechbetrieb, mit dem auch ein Hineinhören in die Umgebung möglich ist
- Stromausfallsicherung
- Schutz des Funkfingers gegen Spritzwasser



Ort, Datum

Unterschrift Anbieter

Angaben zur pflegebedürftigen Person

Name: _____

Vorname: _____

Hiermit bestätige ich die Auslieferung und den Anschluss des o. g. Hausnotrufgeräts. Über das Ruhen und/ oder den Wegfall der Mietzahlungspflicht informiere ich sofort die PBeaKK.

Ort, Datum

Unterschrift Versicherungsnehmer/in bzw.
Bevollmächtigte/r