

An
MainArbeit. Kommunales Jobcenter Offenbach
Berliner Straße 190
63067 Offenbach

Name und Anschrift der Krankenkasse

Mitgliedsbescheinigung nach § 175 SGB V

Frau/Herr

.....
Vorname

.....
Nachname

geboren am

Krankenversicherungsnummer (KVNR):

ist ab/seit dem Mitglied der

Bitte händigen Sie dem Kunden diese Bescheinigung aus
oder senden **Sie sie unmittelbar nach der Aufnahme in Ihren Kundenstamm an
die MainArbeit:**
MainArbeit-Ukraine@Offenbach.de
oder senden Sie sie per Fax an
069 / 8065 - 8110

.....
Ort/Datum

.....
Stempel und Unterschrift