

**Name, Anschrift Telefonnummer und
Bankverbindung der gewählten Krankenkasse:**

Datum:

Vertraulich ! Verschlissen !
Präsident des Brandenburgischen
Oberlandesgerichts
- Referendarabteilung -
14767 Brandenburg

2220 E _____

Mitgliedsbescheinigung nach § 175 SGB V

Frau/Herr _____, geboren am _____

ist ab/seit dem _____ Mitglied der o. g. Krankenkasse.

Bitte nehmen Sie diese Mitgliedsbescheinigung zu Ihren Unterlagen. Sofern noch nicht
geschehen, bitte wir Sie, die erforderliche Anmeldung vorzunehmen.

Der/Dem Versicherten ist bereits folgende Rentenversicherungsnummer
zugeteilt worden: _____

(Unterschrift des Krankenversicherungsträgers)