

Nana Kondo  
Berliner allee 19  
40627 Berlin Berlin,

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

den 03.Okt. 2024

**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。