Sabrina Muster • Musterstraße 1 • 12345 Musterdorf

Musterkrankenkasse

Musterallee 42

12345 Musterstadt

Musterdorf, den 13.12.2022

**Kündigung der Hausarztzentrierten Versorgung**

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit kündige ich meine Teilnahme an der Hausarztzentrierten Versorgung fristgerecht zum 31.03.2023, ersatzweise zum nächstmöglichen Zeitpunkt.

Bitte senden Sie mir eine schriftliche Kündigungsbestätigung unter Angabe des Beendigungszeitpunkts zu.

Mit freundlichen Grüßen

Sabrina Muster

Sabrina Muster