

| | |
|------------------------|--|
| Name: | |
| Vorname | |
| Strasse und Hausnummer | |
| Plz und Wohnort | |

Abtretungserklärung

**Bei Arbeitsunfähigkeit trete ich bei Eintritt einer Überzahlung meiner Krankenbezüge das mir in dieser Höhe zustehende Krankengeld an das Bezirksamt Spandau von Berlin - Abt. Personal, Finanzen und Wirtschaft
- Serviceeinheit Personal und Finanzen - PS II - ab.**

Unterschrift des/der Versicherten / Datum