

**Bitte ausfüllen und an die
Klinik zurücksenden**

Rückantwort

Deutsche Rentenversicherung Bund
Reha-Zentrum Borkum
Klinik Borkum Riff
Hindenburgstr 126

26757 Borkum

(Ort, Datum)

**Für den Transfer vom Hafen zur Klinik benötigen wir Ihre Ankunftszeit.
Bitte informieren Sie uns, sobald diese bekannt ist.**

Bitte nur **einmalig** per Post, E-Mail oder Fax senden!

Ich werde am _____ von Emden/ Eemshaven (NL) anreisen und

treffe ca. um _____ am Borkumer Hafen ein.

Ich werde mit eigenem PKW/ Fahrrad anreisen und muss nicht am Hafen abgeholt werden.

Unterschrift

Absender

Name, Vorname: _____

Straße, Hausnummer: _____

Postleitzahl, Ort: _____

Telefonnummer: _____

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen!