Absender:

Vorname Nachname

Straße Nr.

PLZ Ort

An die

Deutsche Rentenversicherung Bund

10704 Berlin

 Ort, 06.07.2022

Per Fax: 030 – 865 27240

**Versichertennummer** **XXXXXXXXXX**

**Antragstellung Leistungen der medizinischen Rehabilitation oder Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben**

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit stelle ich den Antrag auf „Leistungen der medizinischen Rehabilitation“ oder „zur Teilhabe am Arbeitsleben“.

Bitte senden Sie mir Ihre aktuellen Antragsformulare zu.

Mit freundlichen Grüßen

Vorname Nachname