

---

Rheinische Versorgungskassen  
Beihilfekasse  
Postfach 21 09 40  
50533 Köln

<b>Mitglieds-Nr:</b>	<b>Beihilfe Personal-Nr.</b>	<b>Name, Vorname</b>	<b>Geburtsdatum</b>
----------------------	------------------------------	----------------------	---------------------

Kostendämpfungspauschale

Ich habe gegen die Festsetzung der Kostendämpfungspauschale einen Widerspruch bzw. mehrere Widersprüche erhoben. Diesen Rechtsbehelf bzw. diese Rechtsbehelfe erhalte ich nicht mehr aufrecht, sondern erkläre hiermit aufgrund der nunmehr geklärten Rechtslage die Rücknahme.

Grundsätzlicher Ausschluss von nicht verschreibungspflichtigen Medikamenten

Ich habe gegen den grundsätzlichen Ausschluss von nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln einen Widerspruch bzw. mehrere Widersprüche erhoben. Diesen Rechtsbehelf bzw. diese Rechtsbehelfe erhalte ich nicht mehr aufrecht, sondern erkläre hiermit aufgrund der nunmehr geklärten Rechtslage die Rücknahme.

Datum, Ort	Unterschrift
------------	--------------