

Kostenübernahmeerklärung

Arbeitsmedizin Wagner

Anschrift: Chamer Str. 206
93057 Regensburg
Telefon: 0941/66383
Fax: 0941/647206
E-Mail: info@arbeitsmedizin-wagner.de

Absender:

Name:
Geburtsdatum:
Straße:
PLZ, Ort:

Kostenträger:

Firma/Betrieb:	
Ansprechpartner:	
Straße:	
PLZ, Ort	
Telefon:	
Fax:	
E-Mail:	

Hiermit erklären wir verbindlich, die anfallenden Kosten für die durchgeführten Vorsorgen/Untersuchungen für u.g. Personen zu übernehmen.

Über die festgelegten Pauschalpreise + ggf. USt und Folgekosten (z.B. Impfstoffe, Impfung...) bin ich informiert und einverstanden.

Uns ist bekannt, dass Termine, wenn sie später als 24 Stunden vorher abgesagt werden, mit 60% des Pauschalbetrages in Rechnung gestellt werden.

Nr.	Name(n)	Adresse:	Geb. Datum	Vorsorge:

Ort, Datum, Unterschrift, Stempel

