(bitte fehlende Daten eintragen)

Jarrestrasse 74

22303 Hamburg

Tel.: 040/ 69 45 39-06

Mobil: 0170 381 65 89

Kostenplan für eine **Ernährungstherapie** gemäß **§43 SGB V**

Für:……………………………………………………………………………………………………………………………….

Wohnhaft in:………………………………………………………………………………………………………………..

Versicherten Nr.:………………………………………………………………………………………………………….

Datum:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Sitzung/Zeit |  | Zuschuss KK | Zuzahlung | | Preis |
| 1. – 10. À 60min |  | € | € | | 69,- € |
|  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  | |  |
| Summe |  | € | € | **690,- €** | |

Ich zahle die **Summe von 690,- €** auf folgende weise:

1. Ich zahle die die volle Summe umgehend
2. Ich möchte eine monatliche Ratenzahlung von…….. (Mindestrate 100,-€/Monat)

Und eine einmal Zahlung von…….

Beginn der Zahlung………………………………..……….

Letzte Rate…………………..………………………………….

Ich richte für das

Nebenstehende Kontoeinen Dauerauftrag ein.

Datum Unterschrift:…………………………………………………………………………………