

Formular Ernährungstherapie Lang (10 Stunden)



(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:

- Ich zahle die die volle Summe umgehend
- Ich möchte eine monatliche Ratenzahlung von..... (Mindestrate 100,-€/Monat)
Und eine einmal Zahlung von.....
Beginn der Zahlung.....
Letzte Rate.....

Ich richte für das
Nebenstehende Konto einen Dauerauftrag ein.

Datum Unterschrift:.....

Bank: HASPA
IBAN: DE23200505501022856858
BIC: HASPHHXXX