

Formular Ernährungstherapie **KURZ (3 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. 60min	€	€	89,- €
2. 30min	€	€	45,- €
3. 30min	€	€	45,- €
4. 30min	€	€	45,- €
5. 30min	€	€	45,- €
<b>Summe</b>	€	€	<b>267,- €</b>

**Ich zahle die Summe von 267,- € 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