

Заявление о согласии

В случае если в амбулаторию SONNENSCHNEIN до последнего календарного месяца текущего квартала со стороны соответствующего отдела социального страхования не поступит подтверждения принятия на себя расходов в форме ассигнования средств, то я заявляю о своем согласии взять на себя расходы за все услуги, предоставляемые либо уже предоставленные в амбулатории SONNENSCHNEIN

для

Расценки:

За сеанс лечения 50 минут:	€	65,--
За медицинское освидетельствование / консультацию:	€	80,--
За услуги / консультацию психолога:	€	80,--

Финансирование амбулатории Sonnenschein осуществляется за счет соглашений с отдельными фондами социального страхования и правительством Нижней Австрии (NÖLR).

Правительство Нижней Австрии, однако, принимает на себя расходы только тех пациентов, которые постоянно проживают в земле Нижняя Австрия.

Поэтому пациенты, не зарегистрированные в Нижней Австрии как постоянные жители, **не** могут обслуживаться в нашей клинике и текущие процедуры не могут быть продолжены. С целью своевременного перевода в другую лабораторию либо по медицинским показаниям адекватного окончания лечения обязательно просим

своевременно сообщать в секретариат об изменениях в адресах.

Фамилия: _____

С.-Пельтен, _____

Подпись: _____