



Rückzahlung Restguthaben

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient

Damit wir Ihnen ein Restguthaben aus dem vor Behandlungsbeginn erhobenen Depot zurückzahlen können, bitten wir Sie, das Formular auszufüllen und zu unterschreiben. Bitte weisen Sie zudem bei Ihrem Eintritt einen **amtlichen Ausweis** (Pass oder Personalausweis) vor, auf welchem Ihre Unterschrift ersichtlich ist.

Angaben Patientin, Patient

.....
NAME

.....
VORNAME

.....
C/O

.....
STRASSE, NR.

.....
PLZ/ORT

.....
LAND

Bitte überweisen Sie das Restguthaben auf folgendes Bankkonto

.....
NAME, VORNAME KONTOINHABER/IN

.....
ADRESSE KONTOINHABER/IN

.....
PLZ/ORT

.....
LAND

.....
NAME BANK/FILIALE

.....
PLZ/ORT/LAND

.....
KONTO-NR./IBAN

.....
BANK-NR. (CLEARING BLZ)

.....
SWIFT

Überweisung auf Postkonto (CH)

.....
POSTKONTO-NR./IBAN

Bitte zahlen Sie mir das Restguthaben bar aus

Barauszahlung Hauptkasse (nach Voranmeldung)

.....
Ort

.....
Datum

.....
Unterschrift Patientin/Patient
oder des gesetzlichen Vertreters