

PER FAX

KOSTENVORANSCHLAG

Für Patient:

, geb.

Versicherten-Nummer:

Für Hilfsmittel:

Pos-Nr.

. . . PZN

Der Preis für das obengenannte Hilfsmittel beträgt:

19 % MwSt.

GESAMT

Mit freundlichen Grüßen
