

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
