



Kostenübernahmeerklärung

An
ZIDA REMSTAL
Dr. med. M.Codagnone &
Dr. med. G.Weisser PartG mbB
Arbeitsmedizin
Karlstraße 21/23
71394 Kernen im Remstal

Vollständige Anschrift

Firmenbezeichnung:
Person/Kostenstelle:
Straße:
PLZ/Ort:

Kontaktdaten für eventuelle Rückfragen
Telefon:
E-Mail:

Verantwortlicher Ansprechpartner
nach BGB: (z.B. Geschäftsführer):

Wir erklären, folgende Kosten für arbeitsmedizinische Vorsorge/Eignungsuntersuchungen, welche durch uns / durch Mitarbeiter getätigt werden, zu übernehmen:
Kosten für:

Herrn Frau _____

Art der Untersuchung(en) _____

Für die von uns gewünschte Kostenübernahme gelten folgende Konditionen:

- Die Kosten werden vom Probanden vor Ort bezahlt
 Zahlung per Rechnung

Ich/Wir bestätigen und akzeptieren hiermit diese Kostenübernahmeerklärung nach den AGB des ZIDA REMSTAL und den obenstehenden Bedingungen.

Ort / Datum

Rechtsverbindliche Unterschrift