

Einverständniserklärung

Ich habe beschriebenen Regelung betreffend Upgrade-Zuschlag (Preis, Depot und Zahlungsmodalitäten) Kenntnis genommen und möchte das folgende Angebot / die Angebote in Anspruch nehmen.

Bitte gewünschtes Upgrade ankreuzen:

Ärztliche Leistung

- Von Allgemein auf Halbprivat
- Von Allgemein auf Privat
- Von Halbprivat auf Privat

Hotellerie

- Hotellerie-Upgrade

- Ich habe von der (eingeschränkten) Gültigkeitsdauer dieses Angebotes Kenntnis genommen und verpflichte mich, wenn nötig, das Zimmer frei zu geben oder mit einer anderen Patientin zu teilen.
- Das von mir geleistete Depot ist als Anzahlung zu verstehen. Ich verpflichte mich, sämtliche depotüberschreitende Kosten vollumfänglich zu bezahlen.
- Nicht inbegriffene Kosten für Konsumation und Telefon bezahle ich extra bzw. separat mit meiner persönlichen Telefon- und Konsumationskarte vor Ort.

Kontoangaben für Depotzahlung

PostFinance AG
Mingerstrasse 20
3030 Bern
IBAN: CH08 0900 0000 8000 1700 8
SWIFT-BIC: POFICHBEXX

Konto-Inhaber

Stadt Zürich
Stadtspital Triemli
Birmensdorferstrasse 497
8055 Zürich

Zahlungszweck

Falls bekannt geben Sie bitte die Fall-Nr. und den Namen der Patientin an.

Ausgefüllte Einverständniserklärung zusammen mit dem Überweisungsbeleg der Depotzahlung senden an:

Stadtspital Waid und Triemli

Stadtspital Triemli
Patientenadministration
Kostensicherung
Birmensdorferstrasse 497
8063 Zürich



Ort/Datum:

Name/Vorname der Patientin:

Unterschrift der Patientin:

Adresse:

Bank- / Postverbindung für die Rückerstattung

(allfälliger Restsaldo vom Depot)

IBAN-Nr.:

Konto lautend auf:

Adresse der Kontoinhaberin bzw. des Kontoinhabers:
