

Anmeldeformular

Vorname Name (Vor-Nachname Eltern)

Strasse, Nr. PLZ, Ort

Geburtsdatum Mobile (wird NUR für Termin-Kommunikation etc. verwendet!)

Tel. Privat Beruf

E-Mail (wird NUR für Termin-Kommunikation etc. verwendet!)

Zusatzversicherung (Name, Ort) о Nein о Ja: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

WICHTIG:

Welche Therapeuten/Methoden Ihre Alternativ-/Komplementärmedizin-Versicherung vergütet, hängt von Ihrem individuellen Versicherungspaket und der Höhe Ihrer Franchise ab. Wir empfehlen dies vorab mit Ihrer Krankenversicherung abzuklären.

Bitte Terminabsagen spätestens 24 h vorher bekanntgeben. Ansonsten müssen wir Ihnen den Termin leider in Rechnung stellen. Wir danken für Ihr Verständnis.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, die Angaben korrekt und wahrheitsgetreu ausgefüllt zu haben & akzeptiere, dass sämtliche Leistungen durch Sandra Schmutz-Volger gemäss den offiziellen Richtlinien über die Zusatzversicherungen in Rechnung gestellt werden.

Wetzikon, den                   Unterschrift: