



Vivantes, Postfach 26 01 27 13411 Berlin

Patient
Mazurok, Jana, 07.12.2001

KNK / DBZ
und Auslandssekretariat

Vivantes Netzwerk für Gesundheit GmbH

Vivantes International Medicine
Humboldt-Klinikum
Am Nordgraben 2
13509 Berlin

Tel +49 (0)30 130-12 1664/68/84,
+49 (0)30 130-12 1096/98/93

Fax +49 (0)30 130-292 210 96

international@vivantes.de

Datum: 26.05.2011

Non-binding quotation / Invoice for prepayment
Unverbindlicher Kostenvoranschlag/ Vorschussrechnung

The following costs are anticipated treatment which includes out-patient treatment in the absence of any complications:

Bei der tagesklinischen Behandlung entstehen bei komplikationslosem Verlauf voraussichtlich folgende Kosten:

	Quantity Anzahl	Charge / day Preis/Tag	Charge / case Preis/Fall
Diagnostic check up with no use of large-scale medical equipment (> 3 hours) <i>Diagnostischer Check-up ohne Großgeräte (> 3 Stunden)</i>	5	949,00 €	4.745,00 €
Diagnostic check up with use of large-scale medical equipment <i>Diagnostischer Check-up mit Großgeräten</i>	2	1.198,00 €	2.396,00 €
Total Gesamtsumme			7.141,00 €

I accept this tariff option:

Bestätigung der Tarifwahl:

.....
Signature of patient / authorised representative
Unterschrift des Patienten/Bevollmächtigten

This **non-binding** quotation is based on the length of stay and scope of hospital treatment anticipated by the clinic concerned, taking into account the diagnosis made prior to admission. **The actual course of hospital treatment cannot be predicted, particularly should additional illnesses arise or if there are any intraoperative or postoperative complications.** This is **not a fixed-price quotation.**

The amount of the final invoice shall be contingent upon the **actual** course of treatment.

*Dieser **unverbindliche** Kostenvoranschlag basiert auf der von der behandelnden Klinik mitgeteilten voraussichtlichen Dauer und des Umfangs der Krankenhausbehandlung unter Berücksichtigung der Einweisungsdiagnose. **Der individuelle Verlauf der Krankenhausbehandlung kann nicht vorhergesehen werden, insbesondere im Falle des Auftretens zusätzlicher Erkrankungen oder intra- bzw. postoperativer Komplikationen.** Es handelt sich bei diesem Kostenvoranschlag **nicht um ein Festpreisangebot.** Der endgültige Rechnungsbetrag bestimmt sich nach dem **tatsächlichen** Behandlungsverlauf.*

Prepayment / Anzahlung

Prior to admission we kindly request **prepayment** in the sum of the total amount of the accepted tariff upon which this quotation is based.

*Vor der Aufnahme bitten wir um **Vorauszahlung** in Höhe des Gesamtbetrages des bestätigten Tarifs dieses Kostenvoranschlages.*

<p>By bank transfer Beneficiary: Vivantes GmbH Bank Name: West LB AG BIC/SWIFT: WELADEDXX IBAN: DE28 3005 0000 0002 0000 99 Full name and date of birth of patient</p>	<p>Per Banküberweisung <i>Empfänger: Vivantes GmbH Bank: West LB AG BLZ: 300 500 00 Kto.-Nr.: 2 000 099 Vollst. Name und Geburtsdatum des Patienten</i></p>
<p>By credit card (only VISA, MasterCard, American Express) at the admission desk of the clinic). Please note that the value date is approximately three weeks after payment is made; any possible repayments by Vivantes can only be made after this date.</p>	<p>Per Kreditkarte (nur VISA, MasterCard und AmericanExpress) in der Administrativen Aufnahme des Klinikums. Bitte beachten Sie dass die Wertstellung erst nach ca. 3 Wochen erfolgt und eventuelle Rückzahlungen von uns erst danach vorgenommen werden können.</p>
<p>Cash payment at the admission desk of the clinic.</p>	<p>Per Bareinzahlung in der Administrativen Aufnahme des Klinikums.</p>

Credit Note / Rückzahlung

For any cash repayments up to max. € 2,000 please proceed to the admission desk (Monday to Friday 7am to 2pm). Otherwise, please enter your bank details below.

Für Rückzahlungen in bar bis max. 2.000,00€ wenden Sie sich bitte an die Administrative Aufnahme des Klinikums (7:00 bis 14:00 werktags). Für eine Rücküberweisung geben Sie bitte Ihre Bankverbindung an.

<p><i>Beneficiary: Beneficiary Adress:</i></p>	<p><i>Empfänger: Empfängeradresse:</i></p>
<p><i>Beneficiary Bank: BIC/SWIFT:</i></p>	<p><i>Bank: BLZ:</i></p>
<p><i>IBAN: Full name and DOB of patient:</i></p>	<p><i>Kto.Nr.: Vollst. Name und Geburtsdatum des Patienten:</i></p>

Opening Hours Admission Desk / Öffnungszeiten Administrative Aufnahme

Monday to Friday from 7 am to 2 pm

Von Montag – Freitag 7:00 Uhr bis 14:00 Uhr

Yours faithfully,

p.p.

Mit freundlichen Grüßen

im Auftrag

VIM