



Kostenübernahmeerklärung

An

BAG Dres. Weisser & Codagnone PartG mbB
Karlstraße 21/23
71394 Kernen

Ihre vollständige Anschrift, bitte ausfüllen:

Firmenbezeichnung:
Person/Kostenstelle:
Straße:
PLZ/Ort:
E-Mail Adresse für digitalen Rechnungsversand:

Kontaktdaten für eventuelle Rückfragen:
Telefon:
E-Mail:

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 der **BAG Dres. Weisser & Codagnone PartGmbB** und den obenstehenden Bedingungen.

Ort / Datum

Rechtsverbindliche Unterschrift