

**Kostenübernahmeerklärung für Institutionen und Angehörigen von
Intensivpatienten**

Wir/Ich erklären, die Kosten für den Intensivtransfer mit der MIM-Mobilen Intensivmedizin GmbH. zu übernehmen.

PATIENT:	
Von (Abteilung, Ort)	
Nach (Abteilung, Ort)	
TRANSPORTPREIS	

Der vereinbarte Transportpreis ist innerhalb von 10 Tagen nach Rechnungslegung spesenfrei zu überweisen.

Ort, Datum..... Institution:

Unterschrift Beauftrager/Angehöriger:

Name/Funktion/Adresse:

.....

.....

.....