

**Kostenübernahmeerklärung für Institutionen und Angehörigen von  
Intensivpatienten**

Wir/Ich erkläre(n), die Kosten für den Intensivtransfer mit der MIM-Mobilen Intensivmedizin GmbH. zu übernehmen.

PATIENT:	
Von (Abteilung, Ort)	
Nach (Abteilung, Ort)	
<b>TRANSPORTPREIS</b>	

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

Ort, Datum..... Institution: .....

Unterschrift Beauftragter/Angehöriger: .....

Name/Funktion/Adresse: .....

.....

.....

.....