

Vivantes Komfortklinik, Postfach 26 01 27 13411 Berlin

Andriewskij, Artjom, 06.04.1984
Ukraine

HUK / Neurologie
und Auslandssekretariat

Vivantes Komfortklinik

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)30 130-291 210 96

international@vivantes.de

Datum: 06.11.2014

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

The following anticipated cost estimate includes in-patient treatment in the absence of any complications:

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

	Charge / case Preis/Fall
Neurologische Rehabilitation (28 Tage x 905,00 €)	25.340,00 €
Total Gesamtsumme	25.340,00 €

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: HELABA BIC/SWIFT: WELADEDXXX IBAN: DE12 3005 0000 0001 4757 14 Full name and date of birth of patient Address: Landesbank Hessen Thüringen Kurfürstendamm 21 10719 Berlin</p>	<p>Per Banküberweisung Empfänger: Vivantes GmbH Bank: HELABA BLZ: 300 500 00 Kto.-Nr.: 147 57 14 Vollst. Name und Geburtsdatum des Patienten Adresse: Landesbank Hessen Thüringen Kurfürstendamm 21 10719 Berlin</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:</i> <i>Beneficiary Adress:</i></p> <p><i>Beneficiary Bank:</i> <i>BIC/SWIFT:</i> <i>IBAN:</i> <i>Full name and DOB of patient:</i></p>	<p><i>Empfänger:</i> <i>Empfängeradresse:</i></p> <p><i>Bank:</i> <i>BLZ:</i> <i>Kto.Nr.:</i> <i>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