

# beauty group

PLASTISCHE CHIRURGIE

Wojciechowskiego Str. 7; 71-476 Szczecin, PL

Tel.: +48/ 91 4540 442 Fax: +48/ 91 4540 438 [info@beautygroup.pl](mailto:info@beautygroup.pl)

---

## TERMINRESERVIERUNGSKARTE

Vorname / Name: \_\_\_\_\_

Art der Operation : \_\_\_\_\_

Operationstermin: \_\_\_\_\_

Geplante Ankunft in der Klinik: \_\_\_\_\_

Ihre Begleitperson im Hotelzimmer: JA/ NEIN \*

**(\* richtige Antwort ankreuzen)**

Bei einer Terminreservierung wird gebeten, 500 € auf das unten angegebene Konto im Voraus zu überweisen. Diese Anzahlung ist für die organisatorische Vorbereitungen erforderlich.

In dem Fall, wenn der OP-Termin Ihrerseits aus zwingenden Gründen ( Krankheit etc. ) nicht eingehalten werden kann, ist es unbedingt erforderlich, dass die Absage mindestens 21 Tage vor dem angegebenen Termin erfolgt (entweder telefonisch oder per Fax).

Sollte das der Fall sein, so werden wir Ihnen die eingezahlte Summe auf das von Ihnen angegebene Konto zurücküberweisen.

Wird diese Frist von 21 Tagen nicht eingehalten, so werden diese 500 € von uns als Aufwandsentschädigung einbehalten. Am Tag der Operation soll der Patient nüchtern in der Klinik erscheinen.

Patienten, die zuvor keine Konsultation bei den Chirurgen hatten, haben die Möglichkeit, am Tag Ihrer Ankunft den entsprechenden Arzt persönlich zu konsultieren. Eine der Voraussetzungen für die Durchführung des Eingriffs ist die vollständige Zahlung des Betrags für die bestimmte Operation.

Nach Kenntnisnahme dieser Information bitten wir Sie, 500 € auf unser Konto anzuzahlen.

Die unterzeichnete Terminreservierungskarte mit Überweisungsbeleg lassen Sie uns bitte per Post oder per E-Mail oder per Fax **(+48 91 4540 438)** zukommen.

Im Titel der Überweisung sollen Sie eintragen: Anzahlung für die OP (OP-Datum)

**Beauty Group**

**Wojciechowskiego Str. 7**

**71-476 Szczecin, PL**

**ALIOR BANK SA**

**IBAN: PL 57 2490 0005 0000 4600 5164 5498**

**BIC/SWIFT-Code: ALBPPLPW**

Unterschrift des Patienten: \_\_\_\_\_