

## Vereinbarung zur ärztlichen Kostenübernahme

Hiermit verpflichte ich

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

mich im Wege des Schuldbeitritts als selbständig verpflichteter Gesamtschuldner neben der nachfolgend genannten Person

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

zur Zahlung der aus der Behandlung der vorgenannten Person bereits entstandenen und/oder noch entstehenden Behandlungskosten.

Behandelnde Arztpraxis:

(Praxisstempel)

Datum, Ort:

Unterschrift: \_\_\_\_\_