

ZUSATZANGEBOTE ZIMMER

Ein Wechsel in eine Zimmerkategorie, die durch Ihren Versicherungsschutz nicht gedeckt ist, ist für unsere allgemein und halbprivat versicherten Patientinnen und Patienten mit einem Upgrade möglich (siehe Broschüre „Zusatzangebote“).

Name _____	Vorname _____	Geburtsdatum _____
------------	---------------	--------------------

Folgende Zusatzangebote stehen Ihnen zur Auswahl (bitte ankreuzen):

Für allgemein Versicherte

- | | |
|--|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Zimmer zur 2er-Benutzung in der allgemeinen Abteilung | Aufpreis CHF 220 pro Nacht |
| <input type="checkbox"/> Zimmer zur Alleinbenutzung in der allgemeinen Abteilung | Aufpreis CHF 480 pro Nacht |

Für halbprivat Versicherte

- | | |
|--|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Zimmer zur Alleinbenutzung in der Privatabteilung | Aufpreis CHF 360 pro Nacht |
|--|----------------------------|

Vorbehalt: Bei hoher Bettenbelegung kann Ihrem Zimmerwunsch möglicherweise nicht entsprochen werden. In diesem Fall erstatten wir Ihnen die bereits bezahlte Vorauszahlung zurück.

Falls Sie ein Zusatzangebot wünschen, senden Sie uns bitte dieses ausgefüllte Formular vor Ihrem Eintritt zu. Bitte leisten Sie die **Vorauszahlung für mindestens 4 Nächte** spätestens am Eintrittstag. Bei einem längeren Aufenthalt wird eine Nachzahlung fällig, bei einem kürzeren Aufenthalt der Differenzbetrag zurückerstattet.

Zahlungsverbindung: Postkonto
 IBAN CH82 0900 0000 8000 2188 4
 Vermerk Verwendungszweck: Upgrade, Name Patient/in, Eintrittsdatum

EINVERSTÄNDNIS

Ich bestätige, dass ich den Inhalt dieses Formulars verstanden und zustimmend zur Kenntnis genommen habe.

Datum / Ort _____ Unterschrift _____
 Patient/in

Das Formular wurde durch folgende/n Vertreter/in ausgefüllt:

Name, Vorname _____ Tel. Nr.: _____

RÜCKZAHLUNG

Sind die Kosten nach definitiver Rechnungsstellung tiefer als das geleistete Depot, wird Ihnen die Differenz ausgezahlt oder auf das unten angegebene Bank-, oder PostFinance Konto überwiesen.

Name, Vorname Kontoinhaber/in _____	
Adresse Kontoinhaber/in _____	
Name Bank/Filiale _____	Swift _____
PLZ/Ort/Land _____	Konto-Nr./IBAN _____
Bank Nr. (Clearing BLZ) _____	

Bitte senden Sie dieses Formular im beiliegenden Rückantwortkuvert unterzeichnet zurück.
 Bei Fragen wenden Sie sich bitte an das Team der Patientenaufnahme. Es steht Ihnen unter der Telefonnummer 041 399 44 40 oder per E-Mail pataufnahme@zgks.ch gerne zur Verfügung.