



Fax: 030 92 12 83 28

**Auftragsbestätigung**

Ich beauftrage die Firma Shiva Medicare GmbH mit der Untersuchung von folgenden Patienten:

<b>Vorname:</b>	<b>Nachname:</b>	<b>Geb. Datum:</b>	<b>MRT - Termin</b>	<b>Befund ja/nein</b>	<b>Auftrags Nr. (wird von ShivaMedicare ausgefüllt)</b>

Ich wünsche eine Befundung von Radiologischen Fachärzten für oben genannten Patienten.

Die Kosten der Dienstleistung werden von mir laut getroffenem/r Angebot / Vereinbarung übernommen.

Die Geschäftsbedingungen der Firma Shiva Medicare GmbH erkenne ich an.

Datum .....

Unterschrift des Arztes.....

Praxisstempel