

Information für Kliniken und Behandler

Krankentransport

Ich habe meine Wahl getroffen.



.....
Name

.....
Vorname

.....
Geburtsdatum

Hiermit bekunde ich ausdrücklich, dass ich meine Wahl für einen Krankentransportanbieter getroffen habe.

Diese Entscheidung kann ich jederzeit ändern.

- Ich möchte mit befördert werden
- Ich überlasse meinen Behandlern die Auswahl des Unternehmens
- Ich möchte mit »DOC DRIVE« befördert werden und ich wünsche, daß diese Auswahl auch zukünftig berücksichtigt wird.

.....
Datum

.....
Unterschrift des Patienten

Schiffdorfer Chaussee 73 | 27574 Bremerhaven | Fon 0471- 44 19 4 | Fax 0471-958 463 70
info@docdrive.de | www.docdrive.de | Geschäftsführer Christian Albers | St.-Nr. 75 107 04910

