

## Einverständniserklärung über Privat-Leistung

Ich bin einverstanden, eine private Laborleistung in Anspruch zu nehmen und verpflichte mich, innerhalb eines Monats nach Erhalt meines Befundes den Betrag von **27,5 € pro Bestimmung** an das Floridsdorfer Allergieambulatorium zu überweisen.

---

Datum

---

Unterschrift des Patienten/Angehörigen

## Einverständniserklärung über Privat-Leistung

Ich bin einverstanden, eine private Laborleistung in Anspruch zu nehmen und verpflichte mich, innerhalb eines Monats nach Erhalt meines Befundes den Betrag von **27,5 € pro Bestimmung** an das Floridsdorfer Allergieambulatorium zu überweisen.

---

Datum

---

Unterschrift des Patienten/Angehörigen