# Anmeldeformular

**Vereinbarung zur Durchführung eines Aufenthaltes zwischen**

Klinik am Tharandter Wald
Herzogswalder Str. 1
09633 Halsbrücke

**und**

## Person 1

**Name:** _____

**Vorname:** _____

**Geburtsdatum:** _____

**Anschrift:** _____

**Telefon:** _____

**Pflegegrad:** _____

**Ich habe mich für folgendes Angebot entschieden:**

- ☐ Angebot 1
- ☐ Angebot 2
- ☐ Angebot 3

**Buchungszeitraum:** _____

**Zahlungsmodalitäten**
Die Bezahlung der Rechnung ist mit Bargeld oder EC-Karte möglich und erfolgt einen Tag vor Beendigung des Aufenthaltes direkt in der Klinik. Sollten Sie 14 Tage vor Beginn Ihres Aufenthaltes von Ihrer Anmeldung zurücktreten, behalten wir uns vor, Ihnen 15% vom Gesamtpreis in Rechnung zu stellen. Ausgenommen ist eine akute Erkrankung, die durch den behandelnden Arzt bescheinigt werden muss. Eine detaillierte Einzelabrechnung der Leistungen ist nicht möglich! Es kann eine Anzahlung in Höhe von 50% in Rechnung gestellt werden.

**Datum:**

**Unterschrift:**

# Anmeldeformular

**Vereinbarung zur Durchführung eines Aufenthaltes zwischen**

Klinik am Tharandter Wald
Herzogswalder Str. 1
09633 Halsbrücke

**und**

## Person 2

**Name:** _____

**Vorname:** _____

**Geburtsdatum:** _____

**Anschrift:** _____

**Telefon:** _____

**Pflegegrad:** _____

**Ich habe mich für folgendes Angebot entschieden:**

- ☐ Angebot 1
- ☐ Angebot 2
- ☐ Angebot 3

**Buchungszeitraum:** _____

**Zahlungsmodalitäten**
Die Bezahlung der Rechnung ist mit Bargeld oder EC-Karte möglich und erfolgt einen Tag vor Beendigung des Aufenthaltes direkt in der Klinik. Sollten Sie 14 Tage vor Beginn Ihres Aufenthaltes von Ihrer Anmeldung zurücktreten, behalten wir uns vor, Ihnen 15% vom Gesamtpreis in Rechnung zu stellen. Ausgenommen ist eine akute Erkrankung, die durch den behandelnden Arzt bescheinigt werden muss. Eine detaillierte Einzelabrechnung der Leistungen ist nicht möglich! Es kann eine Anzahlung in Höhe von 50% in Rechnung gestellt werden.

**Datum:**

**Unterschrift:**