

Medical Travel Dr. Sebestyen
8049 Zürich, Winzerhalde 64
Tel: 043 / 818 44 44
info@zahnarzt-ungarn.ch

Swissdent Medical Center GmbH
9400 Sopron, Várkerület 73/1
Fax: +36 99 / 508 667; Tel: +36 99 / 508 666
info@swissdent.hu

Anmeldeformular

Herr Frau

Name: Vorname:

Ort: Postleitzahl:

Strasse: Nr.:

Telefon: Mobil:

Email:

Hotel / Pension von-bis: Anzahl Personen:

Ich melde mich zur folgenden Behandlung an:

Zahnbehandlung / Kieferchirurgie Plastische Chirurgie

Behandlungsdetails:
(wie z.B. Kronen, Zahnimplantate, Nasenkorrektur, Facelifting, etc.)

Aufenthalt (von – bis):

Anreise: Auto Bus Flugzeug Bahn
 Ich möchte gerne abgeholt werden *(je nach Absprache)*

Anreisedetails:
(Bei Flugzeug oder Bahn schreiben Sie uns bitte: Ankunftszeit, Flugnummer, Bahngleis, etc.)

Mit meiner Unterschrift verpflichte ich mich wie vereinbart zum abgemachten Behandlungstermin zu erscheinen und die Unterkunftsreservierung einzuhalten. Weiterhin verpflichte ich mich zu einer Vorauszahlung innerhalb von 3 Tagen von **200.- CHF** bzw. **140.- EUR**. Bei Erhalt dieser Summe wird das Anmeldeformular verbindlich, dann werden Termine und Reservierungen ausgeführt. Diese Summe wird von den Behandlungskosten abgezogen. Wir bitten Sie dieses Formular unterschrieben per Post, Fax oder Email an uns zurückzusenden. Herzlichen Dank!

Ort und Datum

Unterschrift Patient(in)