



Kostenübernahmeerklärung Kurbeitrag

Name
Anschrift
Geburtsdatum

Hiermit erkläre ich, dass ich als Selbstzahler*in die Kosten für den Kurbeitrag in Höhe von 1,60 € pro Behandlungstag für die gesamte stationäre Behandlung übernehme.

Ort, Datum _____ Unterschrift _____