

Vivantes, Postfach 26 01 27 13411 Berlin

**Patient**  
**Morgunova, Kira, 26.11.1985**

**KNK-GEB**

**und Auslandssekretariat**

Vivantes Klinikum Neukölln  
Rudower Straße 48  
12351 Berlin

Ressort Finanzen und Controlling  
Abteilung Patientenverwaltung

Martina Götze  
Tel +49 (30) 130-192886  
martina.goetze@vivantes.de

Datum: 28.03.2019

**Non-binding quotation / Invoice for prepayment**  
**Unverbindlicher Kostenvoranschlag / Vorschussrechnung**

Dear Sir or Madam,  
*Sehr geehrte Damen und Herren,*

We thank you kindly for your trust in the medical competence of the Vivantes Healthcare Network and your request. Please find our offer as follows:

*Vielen Dank für Ihre Anfrage bezüglich der Behandlungsoption in den Vivantes-Kliniken und Ihr Vertrauen. Gern unterbreiten wir Ihnen folgendes Angebot:*

<b>Services / Leistungen</b>	<b>Amount / Anzahl</b>	<b>Single price / Einzelpreis</b>	<b>Costs / Kosten</b>
ohne Chefarzt <b>DRG O60D</b> Vaginale Entbindung ohne komplizierende Diagnose, Schwangerschaftsdauer mehr als 33 vollendete Wochen (Cost weight / Bewertungsrelation: 0,577)			2.596,50 €
<b>Sonstige</b> DRG P67D - Säugling	1	1.665,00 €	1.665,00 €
<b>Einbettzimmerzuschlag/Single-room supplement</b>	3	70,22 €	210,66 €
<b>Total / Gesamtsumme</b>			<b>4.472,16 €</b>



Important note / *Wichtiger Hinweis:*

This is not a fixed-price quotation. The treatment costs can differ from the non-binding quotation in particular due to unknown diagnoses, complications, unforeseeable expenditures. The amount of the final invoice will be determined in accordance with the actual course of treatment.

*Es handelt sich bei diesem Kostenvoranschlag nicht um ein Festpreisangebot. Die Behandlungskosten können insbesondere aufgrund unbekannter Diagnosen, Komplikationen; unvorhersehbarer Auslagen vom Angebot abweichen. Der endgültige Rechnungsbetrag bestimmt sich nach dem tatsächlichen Behandlungsverlauf.*

Prior to admission we kindly request prepayment in the sum of the total amount under the following account, in cash or per credit Card (VISA, MasterCard, American Express).

*Wir bitten um Vorauszahlung in Höhe des Gesamtbetrages auf das unten angegeben Konto bzw. Bezahlung in bar oder per Kreditkarte (VISA, MasterCard, American Express) vor Behandlungsbeginn.*

Beneficiary / *Empfänger:* Vivantes GmbH

Bank: HELABA

BIC/SWIFT: WELADEDXXX

IBAN: DE28 3005 0000 0002 0000 99

Reference / *Referenz:* Full name and date of birth of patient / *Name, Vorname und Geburtsdatum des Patienten*

Adress / *Adresse:* Landesbank Hessen Thüringen, Kurfürstendamm 21, 10719 Berlin

Yours faithfully,

p.p.

*Mit freundlichen Grüßen*

*im Auftrag*

Martina Götze

I accept this tariff option:

*Bestätigung der Tarifwahl:*

Signature of patient / authorised representative  
*Unterschrift des Patienten/Bevollmächtigten*