



Verpflichtungserklärung

Ich, _____

ausgewiesen mit Ausweis-Nr. _____
wünsche Behandlung als Privatpatient/ privat versicherter Patient/
Beihilfeberechtigter

- gem. GoÄ 2,3 facher Satz
- gem. privater Vereinbarung unabhängig von der GoÄ
-

Ich verpflichte mich zur Zahlung des Rechnungsbetrages gemäß GoÄ Richtlinien
auf das Konto von
Herrn Dr. Michael Kelpin bei der

Deutschen APO-Bank

IBAN DE69 3006 06010102 5282 07 BIC DAAEDEDxxx

Die Leistungen Arzt sind gemäß § 4 Nr. 14 UStG von der Umsatzsteuer befreit.
Meine Steuernummer lautet 19 / 37760003.

Berlin, den