

Bestätigung (als Beilage zur Verordnung)



Name / Vorname / Kundennummer des Patienten

Straße, PLZ, Ort

Versicherungsnummer / Kostenträger

Ich bestätige hiermit, dass mir eine tarifliche Versorgung angeboten wurde. Ich habe mich auf eigenen Wunsch für den Kauf eines nicht tariflich geregelten Artikels gleichwertiger Qualität

Artikelname: _____

entschieden und nehme zur Kenntnis, dass für die geleistete Aufzahlung (Euro) kein Anspruch auf Kostenersatz durch die Kasse besteht. Die Verrechnung der tariflich vorgesehenen Kosten erfolgt direkt mit der Kasse.

Ich stimme gemäß DSGVO (Datenschutzrichtlinie: www.lambert.at/datenschutz) zu, dass meine oben genannten Daten zum Zweck der Einreichung bei der Kasse weitergeleitet werden.

Datum

Unterschrift des Patienten / Bevollmächtigten

Ihr Betreuer/-in für Rückfragen:

Telefon:

www.lambert.at, Mail: office@lambert.at, Fax: 06 62 / 87 41 51
5020 **Salzburg**, Alpenstr. 39, Tel. 06 62 / 63 04 44 • 5020 **Salzburg**, Bergstraße 8, Tel. 06 62 / 87 96 88 - 81 • 5020 **Salzburg**, Ignaz-Harrer-Str. 44b, Tel. 06 62 / 42 51 15
5020 **Salzburg**, Ignaz-Rieder-Kai 21, Tel. 06 62 / 62 20 02 • 5071 **Wals**, Krimpling 2, Tel. 06 62 / 85 06 03 • 5400 **Hallein**, Bahnhofstraße 4, Tel. 0 62 45 / 70 399 • 5400 **Hallein**, Kornsteinplatz 3, Tel. 0 62 45 / 800 81 • 5441 **Abtenau**, Markt 253d, Tel. 0 62 43 / 44 0 74 • 5580 **Tamsweg**, Schloßparkweg 2, Tel. 0 64 74 / 84 19 • 5600 **St. Johann**, Industriestraße 26, Tel. 0 64 12 / 76 91 • 5760 **Saalfelden**, Almerstraße 10, Tel. 0 65 82 / 737 15 • 4780 **Schärding**, Alfred-Kubin-Straße 3, Tel. 0 77 12 / 44 18 • 4910 **Ried**, Hartwagnerstraße 11, Tel. 0 77 52 / 878 48 • 5280 **Braunau**, Stadtplatz 51, Tel. 0 77 22 / 68 111 • 5280 **Braunau**, Talstr. 2, Tel. 0 77 22 / 877 84 • 5310 **Mondsee**, Herzog-Odilo-Straße 52, Tel. 0 62 32 / 33 45 • 6330 **Kufstein**, Oberer Stadtplatz 15, Tel. 0 53 72 / 642 52