



Anmeldung Gruppentherapie

Hiermit möchte ich mich für folgendes Gruppenangebot verbindlich anmelden:

.....
Beginn

Teilnehmerin/Teilnehmer

.....
Anrede

.....
Name Vorname

.....
Geburtsdatum

.....
Strasse / Nr.

.....
PLZ / Wohnort

.....
E-Mail

.....
Telefon Mobile

.....
Krankenkasse Versicherungsnummer

Ich bin darüber informiert, dass mir Termine, die weniger als 24 Stunden vorher abgesagt oder unentschuldigt nicht wahrgenommen werden, persönlich in Rechnung gestellt werden.

.....
Ort/ Datum: Unterschrift

Bitte senden Sie das unterschriebene Formular per Post: ZePP, Barfüssergasse 2, 4500 Solothurn oder per Mail: ZePP@hin.ch

Patienten, die im Hausarztmodell versichert sind, benötigen eine ärztliche Überweisung