

Kostenübernahmeerklärung

Hiermit bestätigen wir die Übernahme der Kosten für den Antigen Schnelltest für:

Name:

Vorname:

Häufigkeit der Testung:

- einmalig
- mehrmalig (bis auf Widerruf)
- 1x pro Woche
- 2x pro Woche
- Sonstiges:

Kosten: 39,95 EUR inkl. MwSt. pro Test

Firmeninformation / Rechnungsanschrift

Behörde/Unternehmen:

Ansprechpartner:

Straße:

PLZ & Ort:

Telefon:

Fax:

Email:

Hiermit bestätigen wir, dass alle oben aufgeführten Informationen korrekt sind.
Nach Erhalt der Rechnung erfolgt der Ausgleich des Rechnungsbetrages innerhalb
des aufgeführten Zahlungszieles.

Stempel/Unterschrift:

Datum:



**APOTHEKE
ZUM HUTBERG**

HERRNHUT

*Apotheke zum Hutberg
Zinzendorfplatz 9
02747 Herrnhut*

*Telefon: 03 58 73. 23 41
Telefax: 03 58 73. 42 75 0*



**KREUZ
APOTHEKE**

NEUGERSDORF

*Kreuz-Apotheke
Hauptstraße 64
02727 Ebersbach-Neugersdorf*

*Telefon: 0 35 86. 70 22 94
Telefax: 0 35 86. 70 12 60*



**KREUZ
APOTHEKE**

CUNEWALDE

*Kreuz-Apotheke
Bahnhofstraße 2a
02733 Cunewalde*

*Telefon: 03 58 77. 2 25 11
Telefax: 03 58 77. 2 25 17*



**AESCULAP
APOTHEKE**

LEUTERSDORF

*Aesculap-Apotheke
Mittelstraße 1
02794 Leutersdorf*

*Telefon: 0 35 86. 38 61 10
Telefax: 0 35 86. 78 91 50*

Natürlich

... gesund mit uns.

