

**Raab Gesunde Schuhe**

Ravenéstr. 35 a | 56812 Cochem

Тел. 02671 917901

Факс 02671 917902

Электронная почта

raab@gesunde-schuhe.com

<https://raab.gesunde-schuhe.com>

Выдача заказа

(по договору подряда § 631BGB)

Госпожа/господин:**Дата рожд.:****Номер МРГ:**

или уполномоченное ей/им лицо поручил(-а) выполнить индивидуальный заказ для себя/родственника вспомогательного средства, специально предназначенного для вышеупомянутого пользователя.

1. Покрытие затрат

Меня проинформировали, что я имею право свободного выбора среди поставщиков услуг. Я решила выбрать поставку через „Gesunde Schuhe Raab“. Я, Карин Рааб, была проинформирована компанией „Gesunde Schuhe Raab“, что до полной оплаты мной или моей медицинской страховкой и/или до уплаты мной предусмотренной законом доплаты и/или дополнительных расходов оплаты, средство остаётся собственностью „Gesunde Schuhe Raab“. Если выяснится, что обязанность по оплате не лежит на медицинской страховке/плательщике, я буду нести расходы на заказанное мной средство в размере 0,00 €. В случае, если я не заберу средство по индивидуальному заказу, я понесу расходы на средство в размере 0,00 €.

2. Дополнительные расходы

Компания „Gesunde Schuhe Raab“ проконсультировала меня, что заказанное мной средство превышает необходимые параметры, и поэтому возникшие дополнительные расходы не будут полностью покрыты моей медицинской страховкой. Мне также было объяснено, что существует возможность получения средства без доплаты. После консультации я приняла решение:

☐ воспользоваться услугой без доплаты

Застрахованные лица, достигшие 18 лет, обязаны уплатить 10% от цены продажи каждого средства, предоставленного за счет обязательного медицинского страхования, но не менее 5 евро и не более 10 евро в качестве дополнительной платы. Если имеется освобождение от доплаты, оно должно быть предъявлено при получении предписанного средства. Позднее освобождение от доплаты не принимается во внимание.

☐ воспользоваться услугой с доплатой. Указанные ниже дополнительные расходы, которые не покрываются моей медицинской страховкой, я оплачу самостоятельно.

Предусмотренная законом доплата 0,00 €

Дополнительные расходы: 0,00 €

Место:

Дата:

Подпись: