

Charité | Campus Mitte | 10117 Berlin

**Institut für Pathologie
„Rudolf-Virchow-Haus“**

Direktor: Prof. Dr. Manfred Dietel

Tel. (030) 450-536 002
Fax (030) 450-536 900
pathologie-ccm.charite.de

EndoPredict Test

Patientin: _____ **Geburtsdatum:** _____

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

wir bitten um Übersendung dieser **Kostenübernahmeerklärung** der o.g. Patientin für den EndoPredict Test (Kosten: € 2182,72).

Mit einer Übernahme der Kosten für den EndoPredict-Test bin ich einverstanden.

1. Rechnungsadresse

2. Datum/ Unterschrift der Patientin

Bitte per Fax an 030 450 536 916

Mit freundlichen Grüßen,

Seite 1 von 1	Revision: V. 02	Letzte Überprüfung: 16.06.2014	Erstellt: Dr. B. Pfitzner
	Freigabe am: 20.03.2013	Nächste Überprüfung: Juni 2016	Geprüft: Dr. A. Lehmann
			Freigegeben: Prof. Dr. M. Dietel