

Hiermit ermächtige ich das umseitig ausgewiesene Unter-
nehmen umseitig durch Konto-Nummer und Bankleitzahl be-
zeichnen Konto durch Lastschrift einzuziehen.

7 1 000 000 1000

MR. DR. C. H. H. S. S. S.

(Bitte bei Zahlung angeben)

BEHANDLUNG FÜR

DIAGNOSE : MRT I

Spezifikation (GOÄ)

Datum	Ziffer (GOÄ)	Bezeichnung	Faktor	Anzahl	Betrag
13.10.2014	1	Beratung	2.30	1	10.72
	5705	MRT Wirbelsäule	2.50	1	612.03
	5731	Ergänzende Serien zu Nr. 5700 bis 5730	2.50	1	145.73
	5732	Zuschlag zu Nr. 5700 bis 5730	1.00	1	58.29
	5733	Zuschlag für computer. Analyse	1.00	1	46.63
	75	Ausführlicher Befundbericht	2.30	1	17.43

Rechnungsbetrag :

EURO

890,83 €

Konto ein.