



Sachgebiet Ib - Patientenverwaltung
Daniel Klotzbier
Telefon: (089) 1218-1781
E-Mail: klotzbier@dhm.mhn.de
IK-Nr.: number / номер
Steuernr.: 143/241/40124
Ust-ID-Nr.: DE 129523996

München, 04.04.2026

Kostenvoranschlag für die Behandlung am Deutschen Herzzentrum München

Patient: Surname/Фамилия, Name/Имя; DOB/дата рождения; Termin: 10.04.2026

Geplante Behandlung: Katheterablation

Sehr geehrter

nachstehend teilen wir Ihnen die voraussichtlichen Behandlungskosten mit:

voraussichtliche Behandlungskosten **22.000,00** □

Vor Behandlungsbeginn bitten wir um eine Vorauszahlung in Höhe von **22.000,00** □.

Die Zahlung kann per Banküberweisung oder Kreditkarte erfolgen.

Für Banküberweisungen nutzen Sie bitte folgende Bankverbindung:

(ggf. anfallende Bankgebühren gehen zu Lasten des Kostenträgers)

Kontoinhaber: Deutsches Herzzentrum München
Name der Bank: Bayerische Landesbank München
IBAN: DE57 7005 0000 0000 0249 90
BIC (SWIFT): BYLADEMMXXX
Verwendungszweck: Surname / Фамилия, Name / Имя

Bitte beachten Sie, dass vor Behandlungsbeginn zumindest ein bestätigter Zahlungsnachweis vorliegen muss.