

FORMULAIRE DE CARTE DE CRÉDIT PATIENTS INTERNATIONAUX

À REMPLIR PAR LE PATIENT

Par ma signature, j'autorise par la présente la clinique à procéder aux débits nécessaires sur la carte de crédit suivante ou à débiter a posteriori les sommes dues, le cas échéant.

NOM _____ PRÉNOM _____

DATE DE NAISSANCE _____

TRAITEMENT À LA Klinik Hirslanden Klinik Im Park

CARTE DE CRÉDIT VISA American Express
 MasterCard Autre: _____

Prénom, nom du titulaire de la carte _____

Numéro de carte de crédit _____

Date d'expiration de la date de crédit _____

Veuillez procéder au versement de l'excédent sur le compte suivant (compte bancaire ou postal):

Nom de la banque _____

Site / filiale de la banque _____

Numéro de compte _____

Code bancaire (BIC) _____

IBAN _____

Nom et adresse du titulaire du compte _____

Lieu / date _____

Signature _____

Nous nous tenons à votre entière disposition, n'hésitez pas à nous contacter par **+41 44 388 75 75** ou **international@hirslanden.ch** du lundi au vendredi de 8h00 à 17h00.