



# Monigatti Medical Sàrl, Unionsgasse 14, 2502 Biel/Bienne

Anmeldung – Inscription – Registrazione – Registration

Name / Nom / Nome / Family-Name Vorname / Prénom / Cognome / First-Name

Nationalität / Nationalité / Nazionalità / Nationality Zivilstand / État civil / Stato civile / State

Geburtsdatum / Date de naissance / Data di nascita / Date of Birth Geschlecht/ Sexe / Sesso / Sex

M

F

Adresse / Adresse / Indirizzo / Address

Telefon Privat + Mobile / Telefon privé + mobile / Telefono privato + mobile / Phone private + mobile

E-Mail

Arbeitgeber: Name, Tel.-Nr. / Employeur: nom, nr. tel. / Datore di lavoro: nome, no. tel. / Employer: name, tel. no.

Notfall: Name + Tel.-Nr. / Urgence: Nom + nr. tel. / Urgenza: nome + no. tel. / Emergency: name + tel. number

Krankenversicherung / Assurance maladie / Assicurazione malattia / Health Insurance

Versicherten-Nummer / Numéro d'assuré  
Numero d'assicurato / Number insured person

Kartenummer / Numéro de carte  
Numero della carta / Insurance card number

AHV Nummer / Numéro AVS / Numero AVS / Social Insurance Number

Zusatzversicherung / Assurance complémentaire / Assicurazione complementare / Complementary Insurance

Hausarzt / Médecin de famille / Medico di famiglia / General Practitioner

Abrechnungssystem: elektronische Übermittlung der Arztrechnung an meine Krankenversicherung (Tiers payant).  
*Système de décompte : envoi électronique de la facture du médecin à ma caisse-maladie (Tiers payant).*  
Sistema di fatturazione: invio elettronico della fattura del medico alla mia assicurazione malattia (Tiers payant).  
*Invoice system: the invoice will be sent electronically directly to my health insurance (Tiers payant).*

Der Patient erklärt mit seiner Unterschrift, die obigen Angaben wahrheitsgetreu gemacht und zur Kenntnis genommen zu haben, dass Monigatti Medical Sàrl ihre Rechnungen elektronisch via das MediData-Netz verschickt.  
*Par sa signature, le patient déclare que les indications susmentionnées sont conformes à la vérité et qu'il a pris acte du fait que Monigatti Medical Sàrl envoie ses factures sous forme électronique via le réseau MediData.*  
Con la firma, il paziente dichiara che i dati forniti sopra sono veritieri e dichiara, altresì, di aver preso conoscenza del fatto che Monigatti Medical Sàrl invierà le sue fatture in formato elettronico tramite la rete di MediData.  
*By signing here below, the patient declares that the information given above is true and correct and that he/she agrees with the plan to send the invoice to the insurance in electronic form via the network MediData.*

Ort, Datum und Unterschrift / Lieu, date et signature / Luogo, data e firma / Place, date and signature