

## AUFTRAGSBESTÄTIGUNG

Name: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_  
Termin am: \_\_\_\_\_  
Uhrzeit: \_\_\_\_\_

Dienstleistung: Zahnbleaching Standard                      Gesamtpreis: 79€

Sollten Sie den Termin nicht wahrnehmen können und sich nicht innerhalb unserer Öffnungszeiten (Mo-Fr 10-19 Uhr) 48 Stunden vor Ihrem vereinbarten Termin melden, um diesen abzusagen, behalten wir uns vor, 50% des o.g. Gesamtpreises Ihnen in Rechnung zu stellen. Bitte haben Sie Verständnis, dass es nur so für uns möglich ist, allen Kunden zeitnahe gerecht zu werden.

Absagen werden wie folgt akzeptiert:

Telefonisch:                      016097713009  
E-Mail:                              info@concept-aesthetic.com

---

Hiermit bestätige Ich, \_\_\_\_\_, die o.g. Dienstleistung verbindlich gebucht zu haben und mich an die oben beschriebenen Vertragsbedingungen zu halten.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift