



Tel. 032 / 751 27 95  
Fax 032 / 751 27 82  
E-Mail: [info@melebi.ch](mailto:info@melebi.ch)  
<http://www.antinass.ch>

## Mietvertrag

*(direkt an Melebi SA zurück senden oder faxen)*

Preise MWST 8% inbegriffen / MWST Nr. 720167

Der Unterzeichnende bestellt hiermit den elektronischen Weckapparat **AntiNass** (Pipi-Stop) zu folgenden Bedingungen:

Der Mietpreis beträgt **CHF 4.30/Tag** und reduziert sich auf **CHF 2.80/Tag** ab dem 71. Tag, zuzüglich Versandkosten. Der Unterhalt des AntiNass sowie Beratung und Auskunft sind im Mietpreis inbegriffen.

Der Mindestbetrag der Miete beträgt CHF 100.-.

Wenn Sie das komplette AntiNass-System ungebraucht zurücksenden (der Nässefühler (a) darf nicht geöffnet sein), wird nur ein Betrag von **CHF 40.-** verrechnet, sofern der AntiNass innert **8 Tagen** zurückgesandt wird. Alle vermieteten Bestandteile bleiben Eigentum von Melebi SA. Nicht zurückgesandte Teile werden in Rechnung gestellt.

Die Miete beginnt mit dem Versand des AntiNass und endet mit der Rückkehr aller seiner Teile: Nässefühler (a), Sender (b), Empfänger (d) und Netztrafo (e).

Es ist wichtig, dass Sie sich an die Gebrauchsanweisung des AntiNass halten und ihn **nach unserer Beschreibung anwenden**.

Die Grundversicherung übernimmt die Kosten der Behandlung zu CHF 3.40/Tag und zu CHF 2.40/Tag vom 71. Tag an, sofern der Patient die Behandlung nach **vollendetem 5. Lebensjahr** beginnt (MiGeL 15.20). Damit die Krankenkasse diesen Anteil übernimmt, benötigen Sie ein ärztliches Rezept.

**Bitte bewahren Sie das ärztliche Rezept auf und senden Sie es nachträglich mit unserer Rechnung an Ihre Krankenkasse.**

Bitte **ganz** und **leserlich** ausfüllen und an uns zurücksenden (Doppel dieses Dokumentes aufbewahren).

Name und Vorname des Patienten: .....	Krankenkasse: .....
Name und Vorname des gesetzlichen Vertreters: .....	Versicherten Nr.: .....
Adresse der Familie ..... des Patienten: .....	der behandelnde Arzt: (komplette Adresse)
Telefon: .....	
E-Mail: .....	
Zu welcher Zeit sind Sie erreichbar: .....	
Geburtsdatum des Patienten: ..... Geschlecht: .....	

**Lieferung:** so schnell wie möglich   
oder gewünschtes Versanddatum (rechnen Sie 2-3 Tage für den Posttransport ein): .....

Ich trete meine Rechte auf die Krankenkasse für Rechnungen, die für den AntiNass betreffend Enuresis-Behandlung des obenerwähnten Patienten ausgestellt werden, an Melebi SA, 2520 La Neuveville, ab.

Datum: ..... Unterschrift des gesetzlichen Vertreters: .....

Nur ein vollständig ausgefüllter und unterschriebener Mietvertrag wird als Bestellung registriert.