**Ombudsstelle Spitalwesen des Kantons Bern**

**Verjährungsverzicht**

*Adresse des Leistungserbringers* , vertreten durch die zeichnungsberechtigen Organe, mit Sitz in *Ort*,

verzichtet auf die Einrede der Verjährung, soweit diese nicht schon eingetreten ist, gegenüber den Ansprüchen von

Name *Vorname* *Geburtsdatum der Patientin/des Patienten*

bezüglich der Behandlung vom bitte Zeitraum der Behandlung einsetzen

Der Verzicht erfolgt unpräjudiziell, ohne Anerkennung einer Rechtspflicht und Haftung sowie unter Wahrung aller übrigen Rechte/Einreden, insbes. betreffend Haftung und quantitativ.

**\*Aus rechtlichen Gründen, bitte ab hier handschriftlich ausfüllen.**

............................................ .....................................................................

Ort, Datum eigenhändige Unterschrift

 ......................................................................

 Zeichnungsberechtige Organe

 ......................................................................

 Adresse

 ......................................................................

 PLZ, Ort