

Neu: OsteoClub M. Kothe

Besonderer Service für meine Patienten:

- Exklusive Behandlung:
 - o Regelmäßiger, holistic Check-up
 - o 2 Stunden-Behandlung, wenn es nötig ist!
 - o Kurze Wartezeit
 - o Sie erhalten die Mobilfunknummer von M. Kothe.
 - o Akut-Behandlungen durch M. Kothe.
- Kosten: 100,-€/Jahr zzgl. Mwst. (kündbar zum 30.09.)

Name:

Anschrift:

§1 O.g. Bedingungen sind von mir als Zusatz zum Behandlungsvertrag in der Praxis Kothe, Kornwestheim für die Dauer von 1 Jahr akzeptiert und werden mit meiner Unterschrift akzeptiert.

§2 Kosten: 100,-€/Jahr zzgl. Mwst. per Lastschrift zum 01.01.

§3 Kündigung erfolgt schriftlich zum 30.09. eines Jahres an u.g. Anschrift.

Kornwestheim, _____

Ort, Datum, Unterschrift

Datenschutzerklärung:

Gemäß Artikel 13 EU-DSGVO informieren wir Sie, dass wir personenbezogene Daten zur Terminierung, Dokumentation gemäß BGB §§ 630ff („Patientenrechtgesetz“) und Rechnungsstellung gemäß GOBD erheben. Ihre Daten werden elektronisch verarbeitet und nicht an Dritte weiter geleitet, wenn Sie nicht ausdrücklich zustimmen. Gemäß § 4a EU-DSGVO müssen Sie zu dieser Nutzung vorher einwilligen.

Ort: Kornwestheim _____ Datum: _____ Unterschrift: _____



SEPA – Lastschriftmandat

für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren (Ausfertigung **Zahlungspflichtiger**)

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

M. Kothe
Leibnizstr. 9
70806 Kornwestheim

Wiederkehrende Zahlungen

Gläubiger-Identifikationsnummer

DE02ZZZ00000627329

Mandatsreferenz

(Mandatsreferenz: Von Ihnen einzutragen und erstellt sich wie folgt: MK01122003[Anfangsbuchstaben Ihre Vor- und Nachnamens][Ihr Geburtsdatum ohne Punkte][Ausstellungsdatum ohne Punkte])

Ich/Wir ermächtige(n) Zahlungen von meinem/ unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/ unser Kreditinstitut an, die von M. Kothe auf mein/ unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/ unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber (Vorname, Name)

Straße und Hausnummer

PLZ und Ort

Land

IBAN

BIC

Ort und Datum

Unterschrift(en)



SEPA – Lastschriftmandat

für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren (Ausfertigung **Zahlungsempfänger**)

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

M. Kothe
Leibnizstr. 9
70806 Kornwestheim

Wiederkehrende Zahlungen

Gläubiger-Identifikationsnummer

DE02ZZZ00000627329

Mandatsreferenz

(Mandatsreferenz: Von Ihnen einzutragen und erstellt sich wie folgt: MK01122003 [Anfangsbuchstaben Ihre Vor- und Nachnamens][Ihr Geburtsdatum ohne Punkte][Ausstellungsdatum ohne Punkte])

Ich/Wir ermächtige(n) Zahlungen von meinem/ unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/ unser Kreditinstitut an, die von M. Kothe. auf mein/ unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/ unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber (Vorname, Name)

Straße und Hausnummer

PLZ und Ort

Land

IBAN

BIC

Ort und Datum

Unterschrift(en)