

Inkassoauftrag

per Fax an: +49 69 9855 0276 · E-Mail: verschlüsselter Versand möglich*

Patient*in gesetzl. Vertreter*in
Anschrift _____
Geburtsdatum _____ Telefon _____

	1. Rechnung	2. Rechnung	3. Rechnung	4. Rechnung
Rechnungsbetrag				
Rechnungsdatum				
Rechnungsnummer				
Vertragsdatum/ Behandlungszeitraum				
Mahnkosten				
Mahndatum				
Auskunftskosten in €				

Rechnung wegen ärztlicher oder zahnärztlicher Leistung: ja nein

(Angabe der Hauptforderung im Mahnbescheid)

Vertrag wurde geschlossen: mündlich/vor Ort schriftlich

Bemerkungen:

Mandantenkennzeichen

Mandant

Ansprechpartner*in

Bitte beachten Sie bei der Forderungsübergabe, dass wir aufgrund der ärztlichen Schweigepflicht keine Diagnosen oder vertrauliche Daten Ihrer Patienten einsehen dürfen.

Der Unterzeichnete beauftragt hiermit das Inkasso-Unternehmen unter Anerkennung der zum Zeitpunkt der Einreichung des Inkasso-auftrages jeweils gültigen Inkassobedingungen und der vereinbarten Konditionen mit dem Einzug der voraussichtlich unbestrittenen Forderung. EOS übernimmt auf Grundlage der gesetzlichen Bestimmungen die Berechnung der Verzugszinsen. Der Kunde verpflichtet sich, EOS DID unverzüglich über sämtliche eingehenden Zahlungen in Kenntnis zu setzen.

*Bitte nehmen Sie für die Auftragsübergabe per E-Mail Kontakt mit dem EOS Client Center unter Rufnummer +40 40 2850 1911 auf.

Ort, Datum, Unterschrift

EOS Deutscher Inkasso-Dienst GmbH

Steindamm 71 · 20099 Hamburg · T +49 40 2850 1911 · F +49 40 2850 1600 · info@eos-did.com · www.eos-deutschland.de/#eos-did

Registriertes Inkassounternehmen · Mitglied im Bundesverband Deutscher Inkasso-Unternehmen e. V.

Geschäftsführer: Jörg Schweda, Tim Weickert · AG Hamburg HRB 115781 · USt-IdNr. DE 273852134

Bankverbindung: Commerzbank Hamburg · BLZ 200 400 00 · Konto 610 21 31 · BIC COBADEHXXX · IBAN DE 27 2004 0000 0610 2131 00