

ISH - Inkassoauftrag an Fax-Nummer: 069 - 98 550 276

EOS Deutscher Inkasso-Dienst GmbH • Niederlassung Offenbach • Berliner Straße 74-76 • 63065 Offenbach

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 _____

Bankverbindungen _____

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 Inkassoauftrages 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.

Ort, Datum Unterschrift