Inkassoauftrag an Fax-Nummer: 069 98 55 0 444

EOS SID Süddeutscher Inkasso-Dienst GmbH • Kaiserleistraße 55 • 63067 Offenbach

Name und Vorname des Patienten: _____

Geburtsdatum: _____

Name des Erziehungs-berechtigten: _____

Patientennummer: _____ (Kundennummer)

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Wohnort: _____

Telefon (wichtig!): _____

Rechnungsbetrag:					
Rechnungsdatum:					
Rechnungsnummer:					

Rechnung wegen ärztlicher oder zahnärztlicher Leistung: ☐ ja ☐ nein
(Angabe der Hauptforderungsbezeichnung im Mahnbescheid)

Auftraggeber/Gläubiger **Gläubigernummer bei EOS SID:**

Der Unterzeichnete beauftragt hiermit die EOS SID Süddeutscher Inkasso-Dienst GmbH unter Anerkennung der zum Zeitpunkt der Einreichung des Inkassoauftrages jeweils gültigen allgemeinen Geschäftsbedingungen und der vereinbarten Konditionen mit dem Einzug der voraussichtlich unbestrittenen, nicht titulierten Forderung.

EOS SID wird bei der Beitreibungstätigkeit die gesetzlichen Verzugszinsen (fünf Prozentpunkte über Basiszinssatz) berücksichtigen, wenn der Auftraggeber nicht mitteilt, dass ihm wegen der Inanspruchnahme eines Bankkredites ein höherer Zinssatz zusteht.

Der Auftraggeber verpflichtet sich, EOS SID unverzüglich über direkt eingehende Zahlungen des Patienten in Kenntnis zu setzen.

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift