Пациент

Фамилия имя дата рождения

Плательщик / получатель счёта к оплате

Фамилия имя дата рождения

профессия № служебного телефона

улица № домашнего телефона

почтовый индекс, населённый пункт

работодатель

медицинская страховка / организация или лицо, оплачивающие лечение

Заявление о согласии на конвенционный факторинг (уступку денежных требований)

Уважаемый пациент!
Чтобы разгрузить себя от растущих административных затрат и освободить больше времени для моих пациентов, я сотрудничаю с компанией

PVS dental GmbH

Это дочерняя компания, созданная несколькими профессиональными объединениями, которые были образованы и управляются врачами и дантистами. Сотрудники компании обязаны – как и любой врач или дантист в Германии – соблюдать правила в отношении конфиденциальности и защиты информации. Свои гонорарные требования я уступаю компании PVS dental GmbH. Компания PVS dental GmbH сама выставляет счета к оплате и взимает гонорарные требования. В случае судебной тяжбы компания PVS dental GmbH выступает стороной в процессе, а я при необходимости буду заслушан в качестве свидетеля.

Я прошу Вас, поставив свою подпись под данным документом, дать мне своё – в отдельных случаях отменяемое – согласие на передачу компании PVS dental GmbH следующей информации, касающейся Вас лично и необходимой для выставления счетов к оплате и уступки моих денежных требований: почтовый адрес, дата рождения, организация или лицо, оплачивающие лечение, количество дней лечения, выполненные мной работы и соответствующие диагнозы.

Своей подписью Вы одновременно даёте право перед началом лечения навести справки о Вашей платёжеспособности в специальном агентстве, предоставляющем информацию о платежеспособности компаний или частных лиц, или в организации по проверке кредитоспособности (CEG Creditreform Consumer GmbH, Объединённое кредитное бюро SHUFA).

Передача данных в это специальное агентство или в организацию по проверке кредитоспособности производится через компанию PVS dental GmbH, адрес: Auf der Heide 2, 65553 Limburg an der Lahn.

С уважением ,

коллектив Вашей
врачебной практики

Дата Подпись