

## Hasta

Soyadı Adı Doğum tarihi

## Ödeyecek olan / Fatura muhatabı

Soyadı Adı Doğum tarihi

Meslek İş telefonu

Cadde Ev telefonu

Posta kodu / Şehir

İşveren

Sağlık sigortası kurumu / Masrafları karşılayan kurum

## Muvafakat beyanı gerçek faktöring (Alacağın temliki)

Sayın hasta,  
Gittikçe artan idari işlemler yükümü azaltmak ve hastalarımı daha fazla zaman ayırabilmek için, aşağıdaki şirketle birlikte çalışmaktayım:



Bu şirket, doktorlar ve diş doktorları tarafından kurulmuş ve onlar tarafından idare edilmekte olan birden fazla mesleki kuruluşun kardeş şirketidir. Elemanları, tıpkı her doktorun ve her diş doktorunun olduğu gibi, gizlilik ve kişisel bilgilerin korunması hükümlerine tabi bulunmaktadır. Ücret alacaklarımı PVS dental GmbH'ya devrediyorum. PVS dental GmbH şirketi, fatura yazacak ve ücret alacaklarını kendi adına tahsil edecektir. Herhangi bir hukuki anlaşmazlık durumunda dava tarafı PVS dental GmbH şirketi olup, ben ise ancak şahit olarak dinlenebileceğim.

Sizden fatura yazma ve alacaklarımın devri için gerekli olan adres, doğum tarihi, masrafları karşılayan kurum, tedavi süresi, ücret tarifesine göre verilen hizmetler ile teşhisler gibi kişisel bilgilerinizi PVS dental GmbH şirketine iletebilmem için işbu **muvafakatı** – münferit durumlarda iptal edilebilecek şekilde – imzalamanızı rica ediyorum.

İmzanızı atmak suretiyle aynı zamanda bana, tedaviye başlamadan önce bir kredi itibarı hakkında bilgilendirme ofisi veya kredi koruma kuruluşundan (CEG Creditreform Consumer GmbH, Schufa) kredi itibarınız hakkında bilgi alma yetkisini de vermiş olmaktadır.

Kredi itibarı hakkında bilgilendirme ofisi veya kredi koruma kuruluşuna bilgilerin aktarılması Auf der Heide 2, 65553 Limburg an der Lahn adresindeki PVS dental GmbH şirketi üzerinden gerçekleşmektedir.

Saygılarımızla

Muayenehane ekibi

Tarih

İmza