

PRAXISGEBÜHR



Privatärztliche VerrechnungsStelle
Rhein-Ruhr GmbH
Ärztliche Gemeinschaftseinrichtung

EINZUGSERMÄCHTIGUNG

Hiermit ermächtige ich die PVS Rhein-Ruhr GmbH, Remscheider Straße 16, 45466 Mülheim an der Ruhr widerruflich, die von mir zu entrichtende Praxisgebühr in Höhe von _____ € von meinem durch Kontonummer und Bankleitzahl bezeichneten Konto durch Lastschrift einzuziehen. Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung, etwaige Rückbelastungskosten sind dann von mir zu zahlen.

Name, Vorname: _____

Straße, Nr.: _____ PLZ, Wohnort: _____

Kontonummer: _____ Bankleitzahl: _____

Kreditinstitut: _____ ggf. abweichende(r)
Kontoinhaber: _____

Datum: _____ Unterschrift: _____

Mit freundlichem Gruß
Ihr Arzt / Ihre Ärztin

PVS-Mitgliedsnr.: _____

Praxisstempel:

Hiermit erteile ich mein – im Einzelfall widerrufliches – **Einverständnis**, dass meine personenbezogenen Daten für den Zweck der Zahlungsabwicklung an die PVS Rhein-Ruhr GmbH zur Verarbeitung übermittelt werden.

Datum: _____ Unterschrift: _____