

# Anmeldeformular



Bitte füllen Sie für die Teilnahme an unserem Patienten-Finanzierungskonzept dieses Formular vollständig aus, versehen Sie es zur Legitimation und Freischaltung mit Ihrem Praxisstempel und Ihrer Unterschrift und senden es per Fax oder E-Mail an die JHC Service GmbH

**Fax: +49 221/390 99 55 9 • E-Mail: antrag@medkred.de**

Persönliche Angaben		Bankverbindung Praxis / Klinik	
Titel		Kontoinhaber	
Anrede		Name der Bank	
Name		IBAN	
Vorname		BIC	

Angaben zur Praxis / Klinik	
Facharztbezeichnung	Telefon
Praxis-/Klinik-Name	Fax
Straße, Haus-Nr.	E-Mail
PLZ, Ort	Homepage
Ansprechpartner	Ärzteverband

Bitte wählen Sie eines der folgenden Tarifmodelle:

Ohne Zinssubvention	
Laufzeit	Eff.-Zins
6 Monate	9,9 %
12 Monate	9,9 %
24 Monate	9,9 %
36 Monate	9,9 %
48 Monate	9,9 %
60 Monate	9,9 %

3 % Zinssubvention*	
Laufzeit	Eff.-Zins
6 Monate	0,0 %
12 Monate	2,9 %
24 Monate	6,9 %
36 Monate	7,9 %
48 Monate	7,9 %
60 Monate	7,9 %

Individuell	
Laufzeit	Eff.-Zins

\*Zinsvergünstigungen für Ihre Patienten schon für 3% anstatt der üblichen 4% des Nettodarlehensbetrags

Praxisstempel

Datum, Unterschrift



MEDKRED IST EIN PRODUKT DER JAHNKE HOYER & CIE. GMBH UND JHC SERVICE GMBH

Konrad-Adenauer-Ufer 39 • 50668 Köln  
 SERVICE-RUFNUMMER +49 221 / 390 99 55 0  
 SERVICE-FAXNUMMER +49 221 / 390 99 55 9  
 KONTAKT unter antrag@medkred.de