

Anmeldeformular

Damit wir die künftigen Finanzierungssummen auf Ihr Praxiskonto auszahlen können, bitten wir Sie um Gegenzeichnung und Rücksendung des Anmeldeformulars. Bitte füllen Sie dieses Formular vollständig aus und senden Sie es

per **Fax (+49 221- 390 99 55 89)** oder per **E-Mail (antrag@medkred.de)** an die JHC Service GmbH.

Persönliche Angaben

Vorname, Name: Herr Frau _____

Praxis- / Klinik-Name: _____

Straße, Haus-Nr: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Bankverbindung Praxis / Klinik

Kontoinhaber: _____

Name der Bank: _____

IBAN: _____

Konditionen

Kostenfreie Variante:

<input type="checkbox"/>	Eff.- Zins	Laufzeit	Gebühr
	9,9 %	6 bis 72 Monate	Kostenfrei

Gebührenpflichtige Variante:

<input type="checkbox"/>	Eff.- Zins	Laufzeit	Gebühr
	0,0 %	6 bis 12 Monate	7 %
	7,9 %	13 bis 72 Monate	

Bei einer Gebührenpflichtigen Variante, wählen Sie bitte Ihr bevorzugtes Abrechnungsverfahren

- Einzelabrechnung**
 Sie erhalten für jede durch die Bank angenommene Patientenfinanzierung eine Rechnung in Höhe der oben genannten Gebühr (7% von der Finanzierungssumme). Sobald die Rechnung auf dem JHC Konto eingegangen ist, wird die Auszahlung der beantragten Finanzierungssumme auf Ihr Geschäftskonto ausgelöst.
- Abrechnung mit Vorauszahlung**
 Sie überweisen uns eine Vorauszahlung in Höhe vonEUR. Von diesem Betrag werden die anfallenden Gebühren (7% v. der Finanzierungssumme) nach Vorlage der durch den Kreditnehmer unterschriebenen Auszahlungsanweisung beglichen. Sobald die Vorauszahlung nicht mehr deckend ist, wird der vereinbarte Vorauszahlungsbetrag durch JHC in Rechnung gestellt.

Praxisstempel

Datum, Unterschrift