

Anmeldeformular

Bitte füllen Sie für die Teilnahme an unserem Patienten-Finanzierungskonzept dieses Formular vollständig aus und senden es im Anschluss unterschrieben und mit Ihrem Praxisstempel versehen an uns per Post, Fax oder E-Mail zurück.

E-Mail: kontakt@credit4beauty.de

Fax: +49 221/297 707 51

Persönliche Angaben

Titel

Anrede

Name

Vorname

Bankverbindung Praxis / Klinik

Kontoinhaber

Name der Bank

IBAN

BIC

Angaben zur Praxis / Klinik

Praxis-/Klinik-Name

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Ansprechpartner

Telefon

Fax

E-Mail

Homepage

● Ja, wir möchten unseren Patienten zusätzlich eine 0%-Finanzierung für bis zu 12 Monate Laufzeit anbieten. Uns ist bewusst, dass es sich hierbei um eine Zinssubvention in Höhe von 7,5% des Nettodarlehnsbetrages handelt und wir bei 0%-Finanzierungen eine Rechnung über diese Zinssubvention am Ende des Monats durch credit4beauty erhalten.

Ort, Datum

Unterschrift des Antragsstellers

Praxisstempel