

## Ihr persönlicher Ratenzahlungsplan

### Zahlungsart

Ich überweise selbst  Lastschrift

### Ratenfälligkeit

zum 01. des Monats  zum 15. des Monats

### Laufzeit

Eine Ratenzahlung ist möglich, wenn mindestens 3 Raten und maximal 12 Raten gezahlt werden. Die Mindestrate beträgt 50,00 EUR.

Zahlung in 3 Raten ohne zusätzliche Kosten.

Zahlung in \_\_\_\_\_ Raten.

Wir berechnen eine einmalige Bearbeitungsgebühr in Höhe von 15,00 EUR und einen Zinssatz von 0,75 % je Monat.

**Wir erstellen dann für Sie einen individuellen Ratenzahlungsplan.**

---

**Ort und Datum**

---

**Unterschrift des Antragsstellers**



Heinrich-Hertz-Str. 4  
59423 Unna  
Tel. 02303 25555-40  
E-Mail: [forderungsmanagement@pvs-ws.de](mailto:forderungsmanagement@pvs-ws.de)  
Webseite: [www.pvs-westfalen.de](http://www.pvs-westfalen.de)

# Patienteninformation Teilzahlung



## Sehr geehrter Patient,

Ihre Gesundheit ist Ihr wertvollster Besitz!

Weitgehend wird heute auf die Eigenverantwortlichkeit des Patienten gesetzt. Die Kostenübernahme der gesetzlichen Krankenversicherung wird zunehmend beschränkt.

Als Folge daraus ergeben sich erhöhte Zuzahlungsbeträge für die Patienten, z. B. bei neu entwickelten Behandlungsmethoden oder kosmetischen Wahlleistungen.

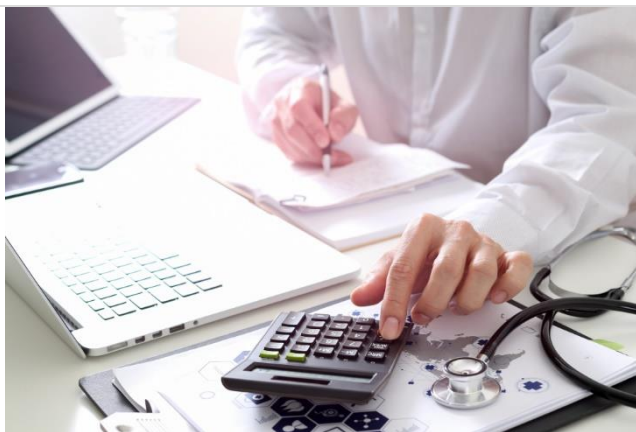
Lassen Sie notwendige und sinnvolle Behandlungen daher nicht an den entstehenden Zuzahlungsbeträgen scheitern.

Wir geben Ihnen die Möglichkeit, diese Kosten in speziell mit Ihnen abgestimmten Raten zu begleichen.

Wie Ihr Arzt unterliegen auch wir der ärztlichen Schweigepflicht und berücksichtigen die Vorgaben des Datenschutzes.

Schenken Sie uns Ihr Vertrauen, genau wie Ihr ärztliches Behandlungsteam, das uns mit der Abrechnung der Behandlungsdaten beauftragt.

Eine Investition in Ihre Gesundheit zahlt sich immer aus. Buchen Sie um auf Ihr „Gesundheitskonto“.



## Und so geht's

Wenn Sie sich für eine Ratenzahlung entschieden haben, senden Sie bitte den ausgefüllten Teilzahlungsantrag unterschrieben an uns zurück.

Wir übersenden Ihnen dann einen speziell auf Ihre Wünsche abgestimmten Ratenzahlungsplan. Dieser gilt nur für die genannte Rechnung. Zukünftige Forderungen können nicht berücksichtigt werden.

Dafür müssen eigene Ratenzahlungsvereinbarungen getroffen und eine separate Mandatsreferenz erteilt werden.

Sie erreichen unsere Mitarbeiter/innen unter:

02303 25555 - 40

Servicezeiten:

Mo – Do: 7:30 – 16:00 Uhr

Fr: 7:30 – 12:45 Uhr

# Teilzahlungsantrag

Gläubiger ID: DE34ZZZ00000419367

21- \_\_\_\_\_  
Mandatsreferenz (Rechnungsnummer)

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die Privatärztliche Verrechnungsstelle Westfalen-Süd rKV, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Privatärztlichen Verrechnungsstelle Westfalen-Süd rKV auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

\_\_\_\_\_  
Vorname und Name (Kontoinhaber)

\_\_\_\_\_  
Straße und Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl und Ort

\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_  
Kreditinstitut

\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_  
BIC

DE \_ \_ | \_ \_ | \_ \_ | \_ \_ | \_ \_ | \_ \_  
IBAN

\_\_\_\_\_  
Datum, Ort und Unterschrift des Kontoinhabers