

# MAHNAUFTRAG MIT INKASSOZESSION

(Bei Erfolg mind. 100 % Ihrer Hauptforderung)

**EINFACH PER FAX AN:**  
( 05 11 ) 33 64 920  
Bitte lesbar ausfüllen!

Hiermit beauftragen wir/ich,

## ANGABEN AUFTRAGGEBER

Neukunde  Ich/wir sind bereits Kunde unsere Kundennummer ist: \_\_\_\_\_

Firmen-/Gewerbename \_\_\_\_\_

Vorname ( Gf ) \_\_\_\_\_ Name \_\_\_\_\_

Straße/Hausnr. \_\_\_\_\_ PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

IBAN \_\_\_\_\_ BIC \_\_\_\_\_

Sachstandsberichte und Rechnungen per: Telefon \_\_\_\_\_

Email  Fax  Post Email / Fax \_\_\_\_\_

Vorsteuerabzugsberechtigt :  Ja  Nein

die Firma DR. DUVE INKASSO GmbH, die nachstehend aufgeführte Forderung im Mahnverfahren einzuziehen. Führt das vorgerichtliche Verfahren nicht zur Realisierung, beauftrage ich/wir die Firma DR. DUVE INKASSO GmbH, das gerichtliche Mahnverfahren durchzuführen. Mit seiner Einleitung tritt der Auftraggeber seine Forderung nebst angefallener Verzugskosten und -zinsen an die DR. DUVE INKASSO GmbH ab (Inkassozeession § 398 BGB). Die Geschäftsbedingungen 01.2002 sind bekannt und anerkannt.

## ANGABEN ZUM SCHULDNER

1. Patientennamenname Geburtsdatum \_\_\_\_\_ ( Bitte den Versicherungspflichtigen bei Kindern unter 18 Jahren angeben! )

Frau  Herr Vorname \_\_\_\_\_ Name \_\_\_\_\_

2. Versicherungspf. Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Frau  Herr Vorname \_\_\_\_\_ Name \_\_\_\_\_

Straße/Hausnr. \_\_\_\_\_

PLZ / Ort \_\_\_\_\_ Arbeitgeber (ggf.) \_\_\_\_\_

Schuldner Bankverbindung (ggf.) \_\_\_\_\_

Keine Rücksichtnahme. Mit allen zulässigen Mitteln vorgehen!  Bitte vorsichtig behandeln, langjähriger Patient!

## ANGABEN ZUR FORDERUNG

Rechnungsbetrag \_\_\_\_\_ Rechnungsdatum \_\_\_\_\_ Vertragsdatum \_\_\_\_\_

Ihr Geschäftszeichen \_\_\_\_\_ Fälligkeitsdatum \_\_\_\_\_ Bankrücklast (ggf.) \_\_\_\_\_

Ja, die Zahlung wurde beim Schuldner schriftlich angemahnt, sie ist bislang nicht ernsthaft bestritten oder gerichtlich geltend gemacht.

Besondere Bemerkung zum Schuldner \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_