

MAHNAUFTRAG OHNE KOSTENRISIKO

(Bei Erfolg immer 50/50, für Forderungen bis 1000 €)

EINFACH PER FAX AN:

(05 11) 33 64 920

Bitte in Druckbuchstaben 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, entscheidet die Firma DR. DUVE INKASSO GmbH ob das gerichtliche Mahnverfahren durchgeführt wird. Mit seiner Einleitung tritt der Auftraggeber seine Forderung nebst angefallener Verzugskosten und -zinsen an die DR. DUVE INKASSO GmbH ab (Inkassoession § 398 BGB). Bei Realisierung der Forderung erhält der Auftraggeber von der Firma DR. DUVE INKASSO GmbH 50% der Hauptforderung, der Mahnspesen und Verzugszinsen. Die Geschäftsbedingungen o8.2008 sind bekannt und anerkannt.

ANGABEN ZUM SCHULDNER

1. Patientennamen 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 _____