

Heilpraktiker für Physiotherapie Björn Voss

Physikalische Therapie · Ostermooringer Straße 3 · D-25899 Niebüll

Praxis für Physiotherapie Voss
Björn Voss

Ostermooringer Straße 3
25899 Niebüll

Telefon: 04661/1370
Telefax: 04661/941346
Mail: praxis@voss-physio.de

IK: 440111696
Niebüll,

KG Plus Vereinbarung

zwischen:

Heilpraktiker für Physiotherapie Björn Voss
Ostermooringerstraße 3
25899 Niebüll

und

Name, Vorname: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

Geburtsdatum: _____

Aufgrund Ihrer Diagnose haben sie die Möglichkeit, eine zusätzliche "**Heilbehandlung mit medico-mechanischen Apparaten**" ([Ziffer 20.7 GebüH](#)) in Anspruch zu nehmen. Diese können Sie in unserer Praxis durchführen. Um das Prozedere zu vereinfachen, stellen wir nicht jeden einzelnen Termin in Rechnung, sondern rechnen einmal im Monat den Pauschalbetrag von _____ ab. Diese wird per SEPA-Lastschriftzug von Ihrem unten angegebenen Konto zum Monatsbeginn eingezogen.

Sie erhalten einen gezielten Übungsplan und können damit die entsprechenden Geräte individuell nutzen. Dazu ist es notwendig, dass Sie Ihre Termine über unsere Buchungsapp selber vornehmen. Termine können so individuell geplant werden und auch selbstständig wieder storniert werden, sollten Sie den gebuchten Termin nicht wahrnehmen können.

Die Vereinbarung wird auf unbestimmte Zeit geschlossen und kann mit einer Frist von 4 Wochen zum Monatsende schriftlich gekündigt werden. Sie ist nur so lange gültig, wie das SEPA-Lastschriftmandat gilt.

Datum, Unterschrift Patient

Unterschrift Therapeut

Heilpraktiker für Physiotherapie Björn Voss

Einzugsermächtigung / SEPA Lastschriftmandat

Heilpraktiker für Physiotherapie Björn Voss
Gläubiger-Identifikationsnummer
DE13ZZZ00001354534

Mandatsreferenz: _____

(Geburtsdatum Mitglied 6 stellig + 3 Stellen Vorname +3 Stellen Nachname bspw. 190801MIKBUR)

Ertelung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats

1. Einzugsermächtigung

Ich ermächtige die Praxis für Physiotherapie Björn Voss widerruflich, die von mir zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem Konto einzuziehen.

2. SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die Heilpraktiker für Physiotherapie Björn Voss, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Praxis für Physiotherapie Björn Voss 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.

Kreditinstitut: _____

BLZ: _____

Konto-Nr.: _____

IBAN: _____

BIC: _____

X _____
Datum, Ort und Unterschrift des Kontoinhabers
Vor