

Beitrittserklärung / Servicevereinbarung NL

Kunden-Nr.: _____ Geburtsdatum: _____

Kunden-Name(n): _____

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zur

PrivatVerrechnungsStelle der Ärzte und Zahnärzte Bremen e.V.
Außer der Schleifmühle 69
28203 Bremen

Für meine Mitgliedschaft ist die Satzung des Vereins verbindlich. Mit der Inanspruchnahme der Honorarabrechnung erkenne ich gleichzeitig die hierfür geltende Geschäftsordnung und Satzung an. Je ein Exemplar der Satzung sowie der Geschäftsordnung in den gegenwärtig geltenden Fassungen habe ich mit der Informationsmappe erhalten.

Praxisanschrift / Rechnungskopf:

Praxisanschrift oder Stempel

Privatanschrift

Postversand: an Praxisanschrift **oder** Privatanschrift

Kontaktperson(en) in der Praxis:

Ansprechpartner in Sachen Finanzen: _____

Ansprechpartner in Sachen Abrechnung / GOÄ: _____

Telefonnummer: _____ Faxnummer: _____ E-Mail: _____

Abrechnungsform(en):

Ambulant BG sonstige: _____

EDV:

Praxis-Software: _____ Internet in der Praxis? ja nein

Datenabgabe:

Die Abrechnung erfolgt per online (PVS dialog) Datenträger (PAD) Papierform (EKB)

Mahnverfahren:

Standard der PVS ja nein
Das Zahlungsziel beträgt 33 Tage _____ Tage
1. Mahnung nach 10 weiteren Tagen _____ Tagen
2. Mahnung nach 15 weiteren Tagen _____ Tagen
3. Anwaltsmahnung durch die Sozietät Castringius nach 20 weiteren Tagen _____ Tagen
Mahnbescheid-Untergrenze 50,00€ _____ €

Gerichtliche Geltendmachung durch die Sozietät Castringius _____

Postversand: per PVS dialog oder in Print

	Standard der PVS	abweichend, falls gewünscht:
Rechnungsausgangsliste (PoA 9)	<input type="checkbox"/> mit Rechnungsversand	<input type="checkbox"/> monatlich
Stornoänderung (PoA 80)	<input type="checkbox"/> monatlich	<input type="checkbox"/> quartalsweise
Liste der neu ermittelten Adressen (PoA 35)	<input type="checkbox"/> monatlich	<input type="checkbox"/> quartalsweise
Kontoauszug (PoA 30)	<input type="checkbox"/> monatlich	<input type="checkbox"/> quartalsweise
Offene Posten (PoA 87)	<input type="checkbox"/> jährlich	<input type="checkbox"/> halbjährlich
Kontenzusammenstellung (PoA 44)	<input type="checkbox"/> jährlich	<input type="checkbox"/> halbjährlich
Häufigkeitsstatistik (PoA 79)	<input type="checkbox"/> jährlich	<input type="checkbox"/> halbjährlich

Guthabenauszahlung: 14-tägig _____

optional

Honorarvorauszahlung: (Honorarvorauszahlungs-Vertrag beifügen)

Legitimationsprüfung:

Die PVS ist als Finanzdienstleistungsinstitut im Sinne des Kreditwesengesetzes (KWG) eingestuft und unterliegt der Aufsicht durch die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin).

Vor diesem Hintergrund ist die PVS / Bremen verpflichtet, zu Beginn einer neuen Geschäftsbeziehung eine Identifizierung durchzuführen und den wirtschaftlich Berechtigten festzustellen.

Um dieser gesetzlichen Vorschrift Rechnung zu tragen, möchten wir Sie bitten, eine gut lesbare Kopie (Vorder- und Rückseite) Ihres gültigen Ausweisdokumentes dieser Beitrittserklärung / Servicevereinbarung beizufügen.

ja, ich bin wirtschaftlich Berechtigter
 nein, wirtschaftlich Berechtigter ist folgende Person: _____

Erklärung „politisch exponierte Person“ (PEP):

Politisch exponierte Personen sind gem. § 15 Abs. 3 Nr. 1 a Geldwäschegesetz diejenigen natürlichen Personen, die ein wichtiges öffentliches Amt ausüben oder ausgeübt haben, deren unmittelbare Familienmitglieder und bekanntermaßen nahestehende Personen (z.B. Parlamentsmitglied, Regierungsmitglied, Staatssekretär, Ministerpräsident, hochrangige Offiziere, Mitglieder oberster Gerichte und Justizbehörden oder von Leitungsgremien staatlicher Unternehmen).

nein, ich bin keine politisch exponierte Person, unmittelbares Familienmitglied einer PEP oder ihr nahestehende Person.
 ja, ich bin eine politisch exponierte Person, unmittelbares Familienmitglied einer PEP oder ihr nahestehende

Person: _____

Bankverbindung:

Sämtliche Zahlungsangelegenheiten sind über die nachstehend aufgeführte Bankverbindung abzuwickeln

Kreditinstitut: _____

BIC: _____ IBAN: _____

Konditionen:

Voraussetzung zur Abrechnung:

Damit die PVS / Bremen ihren Aufgaben nachkommen kann, verpflichtet sich der Arzt/die Ärztin, das schriftliche Einverständnis der Patienten zur Datenweitergabe an die PVS mit dem von der PVS vorgegebenen Inhalt einzuholen.

Entsprechende Formulare werden Ihnen von der PVS kostenfrei zur Verfügung gestellt.

Allgemeine Angaben:

voraussichtliches Honorarvolumen (pro Jahr): _____

voraussichtliche Anzahl der Rechnungen (pro Jahr): _____

Leistungsabrechnung ab Behandlungsdatum: _____

Wie sind Sie auf die PVS aufmerksam geworden?

Werbung Messe-/Veranstaltungsstand Internet GOÄ-Seminar

Empfehlung (durch Kollegen, Bekannte, Andere): _____

Ansprache durch PVS-Vertrieb Sonstiges: _____

Wie haben Sie Ihre Privatabrechnungen vorgenommen, bevor Sie Mitglied in der PVS geworden sind?

In Eigenregie Über einen Wettbewerber, welcher: _____

Gar nicht, Existenzgründung Sonstiges: _____

Wieso haben Sie sich für die Privatabrechnung mit der PVS entschieden? (max. 2 Nennungen)

Administrative Entlastung GOÄ-Kompetenz Mahnwesen / Zahlungsmoral

Korrespondenzentlastung Vorauszahlungsservice Regionale Verfügbarkeit

Personelle Veränderungen in der Praxis Zusätzliche Services

Sonstiges: _____

Datum

Unterschrift

Datum

Unterschrift