

## Beitrittserklärung / Servicevereinbarung CA

**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.

### Rechnungskopf:

Rechnungskopf oder Stempel

Krankenhausanschrift

**Postversand:** an  Rechnungskopf **oder**

Krankenhausanschrift

### Kontaktperson(en):

Ansprechpartner in Sachen Finanzen: \_\_\_\_\_

Ansprechpartner in Sachen Abrechnung / GOÄ: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_ Faxnummer: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

### Liquidationsrecht:

Chefarzt  Klinik

### Abrechnungsform(en):

Ambulant  BG

Stationär

Stationär Konsil

### Datenabgabe:

Die Abrechnung erfolgt per

online (PVS dialog)

Datenträger (PAD)

Papierform (EKB)

Krankenakte (Fieberkurve)

ARPA Krankenakte via PVS dialog

### 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

	<b>Standard der PVS</b>	<b>abweichend, falls gewünscht:</b>
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

**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