

## Beitrittserklärung / Servicevereinbarung ZA

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 / GOZ: \_\_\_\_\_

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

### Abrechnungsform(en):

Ambulant  Stationär sonstige:  \_\_\_\_\_

### EDV:

Praxis-Software: \_\_\_\_\_ Internet in der Praxis?  ja  nein

### Datenabgabe:

Die Abrechnung erfolgt per  online (PVS dialog)  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

	<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
Liste Forderungsverzichte (PoA 143)	<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)

optional

**Factoring:**  (Factoring-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 Zahnarzt / die Zahnärztin, 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**