

Deutsche Praxisklinikgesellschaft PKG e.V.

Geschäftsstelle: PKG e.V. Düsseldorf Straße 34 10707 Berlin Telefon 030 / 88 91 08 40

**Hiermit beantragen wir die
Aufnahme in die
Deutsche Praxisklinikgesellschaft e.V.**

Bezeichnung der Einrichtung			
Bezeichnung des Trägers			
Rechtsform			
Registergericht / Nr.			
PLZ / Ort			
Strasse / Nr.			
Ansprechperson			
Telefon			
Telefax			
E Mail Adresse			
Website			
Anzahl der Eingriffe im Vorjahr			
davon tagesklinisch / ambulant			
Anzahl der Übernachtungen im Vorjahr			
Die drei häufigsten Eingriffe (OPS Code 3-stellig)			
Ein Qualitätsbericht	liegt vor ▶		ist geplant für ▶
Zertifizierung nach	liegt bei ▶		kommt bis ▶
Hygieneinstitut - bitte Namen eintragen -			
AQS Kundennummer			

Wichtiger Hinweis zur Datenspeicherung

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich einverstanden, dass die erhobenen Daten für satzungsgemäße Zwecke des Vereins erfasst und gespeichert werden. Einer Weitergabe von Daten im Rahmen der Vereinsstatuten und der Veröffentlichung im Internet stimme ich zu.

.....
Ort, Datum

Stempel

.....
Unterschrift

Bearbeitungsvermerke (nur) für die PKG e.V.:

Datum Eingang Vorlage Vorstand Datenerfassung Einzugsauftrag Mtgl.-Nummer Ablage

.....

Deutsche Praxisklinikgesellschaft PKG e.V.

Geschäftsstelle: PKG e.V. Düsseldorf Straße 34 10707 Berlin Telefon 030 / 88 91 08 40

An die
Deutsche Praxisklinikgesellschaft (PKG) e.V.
Herrn Edgar J. Schmitt
Düsseldorfer Strasse 34

10707 Berlin

Ermächtigung zum Einzug von Forderungen durch Lastschrift

Hiermit ermächtige/n ich / wir die Deutsche Praxisklinikgesellschaft e.V. (PKG) widerruflich, die von mir / uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit zu Lasten meines / unseres Kontos mittels Lastschrift einzuziehen.

Wenn mein / unser Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstitutes keine Verpflichtung zur Einlösung.

Wird ein Abbuchungsauftrag der PKG über eine der PKG zustehende Forderung nicht bedient oder infolge Widerspruchs zurückgebucht, so ist die PKG berechtigt, eine Kostenpauschale von 10,00 € für den Verwaltungsaufwand sowie die angefallenen Bankgebühren zusätzlich in Rechnung zu stellen.

	Name des Kreditinstitutes:	
	Kontonummer:	
	Bankleitzahl:	
	Kontoinhaber:	
	Zeichnungsberechtigter	

Ist der Kontoinhaber eine Personengesellschaft oder eine juristische Person, so versichere ich mit meiner Unterschrift, dass ich zur alleinigen Zeichnung berechtigt bin.

.....
Ort, Datum

Stempel

.....
Unterschrift
Zeichnungsberechtigter

Bearbeitungsvermerke (nur) für die PKG e.V.:

Datum Eingang Vorlage Vorstand Datenerfassung Einzugsauftrag Mtgl.-Nummer Ablage

.....