

Frau/Herr

.....

.....

wohnhaft (Straße, Hausnummer, Ort)

Schuldbeitritt

bezüglich der Behandlung in der Klinik/Praxis.....

.....

Patient/in, geb. am ..., in, wohnhaft (Straße, Hausnummer, Ort)

Die/der vorgenannte Patient/in schuldet aus dem mit der vorgenannten Klinik/Praxis geschlossenen Behandlungsvertrag das ärztliche Honorar. Ich (Vor- und Zuname, geb. am ... in ...)

.....

trete der vertraglichen Schuld bei mit der Folge, dass ich, die/der Beitretende/r, neben Frau / Herrn.....

als Gesamtschuldner/in gegenüber der Klinik/Praxis oder im Falle der Abtretung gegenüber der Firma EOS Health AG zur Zahlung des sich aus dem Behandlungsvertrag ergebenden Vergütungsanspruchs, eines Gesamtbetrages in Höhe von

..... EUR,

verpflichtet bin. Ich hafte hiermit, als hinzugetretene/r Schuldner/in im Wege des Schuldbeitritts, persönlich und eigenständig für die Forderung. Die Klinik/Praxis oder die Firma EOS Health AG kann nach freier Wahl von der/dem weiteren Schuldner/in oder von mir die geschuldete Leistung verlangen.

.....

Ort, Datum

.....

Unterschrift (Beitretende/r)

.....

Ort, Datum

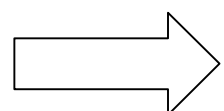
.....

Unterschrift (Klinik/Praxis, EOS Health Honorarmanagement AG)

Verteiler

Original – nach Unterzeichnung durch Beitretende/n zurück an EOS Health AG

Durchschrift – zum Verbleib bei Beitretenden/r



Einwilligung zur Übermittlung von Daten an Bürgel

Ich willige ein, dass die Klinik, das Krankenhaus, der Arzt oder die Firma EOS Health AG der BÜRGELE Wirtschaftsinformationen GmbH & Co. KG, Postfach 500166, 22701 Hamburg Auskünfte über mich von BÜRGELE erhält. Ich bin insbesondere damit einverstanden, dass die Klinik, das Krankenhaus, der Arzt oder die Firma EOS Health AG bei der BÜRGELE die über mich gespeicherten Adress- und Bonitätsdaten einschließlich solcher, die auf der Basis mathematisch-statistischer Verfahren ermittelt werden, abfragt.

Die BÜRGELE speichert und übermittelt die Daten an ihre Vertragspartner im europäischen Binnenmarkt, um diesen Informationen zur Beurteilung der Kreditwürdigkeit von natürlichen Personen zu geben.

Ich kann Auskunft bei der BÜRGELE über die mich betreffenden gespeicherten Daten erhalten (BÜRGELE Wirtschaftsinformationen GmbH & Co. KG, Postfach 500166, 22701 Hamburg).

Ich wurde darüber informiert, dass im Falle der Abtretung die Firma EOS Health AG die von ihr erworbenen Ansprüche aus der Behandlung des Arztes, des Krankenhauses oder der Klinik der Patientin/dem Patienten gegenüber in Rechnung stellt und die an die Firma EOS Health AG übermittelten Daten zu meiner Person dort gespeichert werden und diese Erklärung gemäß § 33 BDSG als Benachrichtigung gilt.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift (Beitretende/r)

[Verteiler](#)

Original – nach Unterzeichnung durch Beitretende/n zurück an EOS Health AG

Durchschrift – zum Verbleib bei Beitretenden/r

