

Finanzierungsanfrage

Sie haben Fragen? Kontaktieren Sie uns unter 0911 / 98 20 60
Für eine Prüfung faxen Sie uns bitte den Antrag an: 0911 / 98 20 6200

Antragssteller Frau Herr

Nachname

Geburtsname

Vorname ggf. 2. Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

Wohnsitz

Straße Nr.

PLZ Ort

Wohnhaft seit (TT.MM.JJJJ)

Frühere Anschrift (bei Umzug in den letzten 2 Jahren)

Straße Nr.

PLZ Ort

Telefon / Mobiltelefon

Email-Adresse

Familienstand

Staatsangehörigkeit

ggf. Aufenthaltstitel ja nein
wenn ja, senden Sie den Aufenthaltstitel bitte mit

Berufsgruppe

Selbständig Studierend Beamter

Im Ruhestand In Ausbildung Arbeiter

Angestellt
seit: (TT.MM.JJJJ)
falls befristet bis:
Wirtschaftszweig

Ausgeübter Beruf

Name des Arbeitgebers

Standort des Arbeitgebers

Nettoeinkommen / Rente montl. , - €

Kauf der Behandlung , - €

ggf. Anzahlung , - €


Gewünschte Finanzierungssumme , - €
(von EUR 199,- bis EUR 50.000,- möglich)

Wunschlaufzeit in Monaten

Wunschrate , - €

Abbuchung der Kreditraten zum 01. zum 15.

Behandelnder Facharzt & Praxis/Klinik/Agentur

Praxis-/Klinik-/Agenturname **Moderne Wellness** 

Arztname

Operationstermin (TT.MM.JJJJ)

Name des Patienten

Sonstiges

Wohnstatus Eigentum mit Baufinanzierung
 Eigentum ohne Baufinanzierung
 Miete Familie Untermiete

Wohnkosten

Fahrzeug ja nein

Anzahl Kindergeldberechtigte Kinder

laufende Kreditraten , - €

Priv. Kranken-/ Pflegeversicherung ja nein

sonstige monat. Ausgaben , - €

Unterhaltspflichtig für Personen

Bankverbindung für den monatlichen Rateneinzug

Kreditinstitut

Sitz der Bank

IBAN/Kontonr.

BIC/BLZ

Kontoinhaber (Kontoinhaber = Kreditnehmer)

Kartenummer

Ausweis

Personalausweis Reisepass

Ausweisnummer

gültig bis:

Ausstellungsbehörde

Der ausgefüllten Finanzierungsanfrage müssen folgende Unterlagen beigefügt werden:

- Kopie Ihrer ec-Karte und Ihres gültigen Personalausweises- oder Reisepasses (mit Meldebescheinigung) jeweils Vorder- und Rückseite
- ab einer Finanzierungssumme von EUR 3.000,01 die Kopie Ihres letzten Lohnnachweises bzw. eine aktuelle kumulierte BWA der letzten 6 Monate
- ab einer Finanzierungssumme von EUR 5.000,01 die Kopie Ihrer letzten 3 Lohnnachweise bzw. eine aktuelle kumulierte BWA der letzten 6 Monate

Ich erkläre meine Einverständnis zu folgenden Punkten bzw. bestätige:

- die Bestimmungen zum Fernabsatzgesetz, allgemeine Geschäftsbedingungen und Preis- und Leistungsverzeichnis
- der Speicherung meiner Angaben im Rahmen der Datenschutzbestimmungen
- der Abfrage meiner personenbezogenen Daten bei der Schufa und infocore
- ich handle gemäß §3 Abs. 1 Nr. 3 Geldwäschegesetz im eigenen wirtschaftlichen Interesse.

Sämtliche Informationen sind unter www.medkred.de einsehbar und werden Ihnen auf Wunsch zugesandt.

Ort, Datum

Unterschrift des Antragsstellers

Mit meiner Unterschrift versichere ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben.