

Bitte ausgefüllt an BetterDoc zurückschicken

Sobald der Antrag eingegangen ist, melden wir uns bei Ihnen.

E-Mail

patientenclub@betterdoc.de

Fax

+49 221 4236 2189

Post

Kaiser-Wilhelm-Ring 30-32 | 50672 Köln | Deutschland

Meine Daten

Vorname _____

Land _____

Nachname _____

Telefon _____

Straße / Hausnr. _____

E-Mail _____

Postleitzahl

Geburtsdatum

Ort _____

Krankenvers. _____

Konditionen

- Für den BetterDoc Patienten-Club liegt der **Jahresbeitrag bei 149€**. Die Zahlung erfolgt bequem per Bankeinzug (jährlich).
- Die **Mindestlaufzeit beträgt zwei Jahre**. Im ersten Jahr fällt zusätzlich eine **einmalige Aufnahmegebühr von 99€** an.
- Ihre Mitgliedschaft ist **nach der Mindestlaufzeit jederzeit kündbar** und läuft noch bis zum Ende des Abrechnungszeitraums.
- **Der BetterDoc Service kann auch von Ihrem Partner sowie von Ihren Kindern bis 23 Jahre genutzt werden.**

Ihr gewünschtes **Eintrittsdatum:**

_____, den _____
Ort Datum Unterschrift (Antragsteller)

SEPA Lastschriftmandat

Gläubiger-ID-Nummer: DE28ZZZ00001963812 Mandatsreferenz: Jahresbeitrag **Mitglieds-Nr.** _____

Ich ermächtige die BetterDoc GmbH Köln, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der BetterDoc GmbH Köln auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kreditinstitut _____

BIC _____

Kontoinhaber _____

IBAN _____

_____, den _____
Ort Datum Unterschrift (Erziehungsberechtigte bei Minderjährigen)

(Bei Minderjährigen ist die Unterschrift des/r Erziehungsberechtigten zwingend erforderlich. Mit der Unterschrift erklärt/en sich der/die Erziehungsberechtigte/n bereit, die Beitragszahlung bis zu Volljährigkeit des Kindes zu übernehmen.)