



Privatärztliche VerrechnungsStelle
Freiburg. GmbH
Ärztliche Gemeinschaftseinrichtung

Vogesenstraße 27 — 29
79115 Freiburg im Breisgau
Tel. 0761/27132-00
Fax 0761/27132-45
Email: info@ovs-freiburg.de

UStID-Nr. DE142111482

Credit Card payment / payer avec la carte de credit
Visa card + Master card

(please note: price invoice + 3,5% additional costs to pay)
(payer attention: somme facture + 3,5% costs additional payer)

Monetary transaction within Europe:

Please remit the amount to the following banking account:

IBAN-No.: DE09600501010004551328

BIC: SOLADEST

BW Bank Freiburg

and indicate the invoice number / invoice date / amount / name of the patient You may also pay the sum with credit card. Therefore we require the following information.

Agreement for credit card payment: For the safety of your credit card information please return this form via Fax to +49-761-27132-45. The person signing this form agrees that the price invoiced will be directly debited per credit card. It is very important that you specify your credit card number!

Invoice No.: _____ Patient: _____
Price: _____ Euro Card credit company (please check) _____

Card holder name (exactly as appears on the card) _____

Card number: _____ Valid to: _____ (MM / YYYY)

CVV2 / Security / card check number: _____ (card check numbers can be found on the back of your credit card in the signature field and generally consist of three additional digits to your credit card number)

Date: _____ / Signature of Cardholder _____

Operations financieres en Europe:

Veuillez regier la facture par virement à notre compte auprès de notre banque indiquée ci-dessous:

IBAN-Nr.: DE09600501010004551328

BIC: SOLADEST

BW Bank Freiburg

Nous vous prions de bien vouloir indiquer le numero de la facture / la date de la facture / le montant / le nom du client.
Vous pourriez payer la somme aussi avec votre carte de credit. C'est pourquoi nous necessitons l'information suivante:

Consentement de payer avec la carte de credit: Pour la securite de l'information de votre carte de credit, nous vous prions de renvoyer l'imprime par fax +49-761-27132-45. La personne qui signe l'imprime accepte que la carte de credit est charge immediatement avec le montant de la facture. C'est tres important de specifier le numero de votre carte de credit!

Numero de la facture: _____ Client: _____

Somme: _____ Euro Institut de carte de credit: _____

Proprietaire de carte de credit (complet): _____

Numero de carte de credit: _____ Valable jusque : : / _____ (MM / AAAA)

CVV2 / Securite / card check number: _____ (La suite de trois chiffres jointe au numero de la carte affiche sur son dos, à l'interieur du champ de la signature. Veuillez ne pas inscrire les trois derniers chiffres du numero de votre carte de credit, ceci pourrait eventuellement empecher son acceptation!)

Date: _____ Signature de proprietaire _____