



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

Kreditkartenzahlung innerhalb Europas

(bitte beachten: Rechnungssumme zzgl. 3,5% Gebühren)

USID-Nr. DE142111482

Bitte überweisen Sie den Betrag an folgende Bankverbindung:

IBAN-No.: DE09600501010004551328 BIC: SOLADEST BW Bank Freiburg

und geben Sie Rechnungs-Nr./ Rechnungsdatum / Patienten-Name an.

Für die Kreditkartenzahlung benötigen wir folgende Informationen:

Einverständniserklärung zur Zahlung per Kreditkarte: zur Sicherheit Ihrer Daten

senden Sie dieses Formular bitte per Fax 0761-27132-45 an uns zurück.

Die unterzeichnende Person erteilt ihr Einverständnis, dass die Rechnungssumme direkt per Kreditkarte abgebucht wird. Wichtig ist, daß Sie Ihre Kreditkarten-Nr. angeben!

Rechnungs-Nr.: _____ **Patient:** _____

Rechnungssumme: _____ **€ Kreditkartengesellschaft:** _____

Karteninhaber (exakt wie auf der Karte angegeben): _____

Kreditkarten-Nr.: _____ **g ü l t i g b i s :** _____ (MM/JJJJ)

CVV2 (Kreditkartenprüfziffer): _____ (befindet sich auf der Rückseite Ihrer Kreditkarte im Signaturfeld und besteht aus 3 zusätzlichen Ziffern zu Ihrer Kreditkarten-Nr.)

Datum: _____ **Unterschrift des Karteninhabers** _____