

## Zahlungsvereinbarung mit der Witzleben Apotheke 24 & 26

Innerhalb Ihres Versorgungsauftrages werden Sie von der Witzleben Apotheke 24 & 26 mit Arzneimitteln, Hilfsmitteln, Medizinprodukten, Verbandstoffen und apothekenüblichen Waren beliefert. Sie haben nachstehend die Möglichkeit, sich für einen Zahlungsweg zu entscheiden. (Bitte nur eine Zahlweise ankreuzen)

Als Privatpatient haben Sie die Möglichkeit zwischen drei Abrechnungsvarianten zu wählen:

- 1. Abtretungserklärung** (Bitte nur Punkt 1. ausfüllen)
- 2. Lastschriftverfahren** (Bitte nur Punkt 2. ausfüllen)
- 3. Rechnung** (Bitte nur Punkt 3. ausfüllen, wenn abweichend von Ihrer bereits angegebenen Adresse des Versorgungsauftrags.)

### 1. Abtretungserklärung

(Bitte nur ausfüllen, wenn Sie diese Möglichkeit nutzen möchten.)

Der bequemste Weg für Sie ist die sogenannte Abtretungserklärung. Diese ermöglicht es uns, direkt mit Ihrer Krankenversicherung abzurechnen. Das bedeutet, dass die Witzleben Apotheke 24 & 26 alle Tätigkeiten in Bezug auf die Genehmigung und Erstattung Ihrer Arzneimittel, Hilfsmittel, Medizinprodukte, Verbandstoffe bei Ihrer Krankenversicherung für Sie übernimmt. Es entstehen Ihnen keine zusätzlichen Kosten.

Anteile, die nicht von Ihrer Krankenversicherung übernommen werden (Beihilfe, Eigenanteile), werden Ihnen separat in Rechnung gestellt.

Name			
Vorname			
Geburtsdatum			
Anschrift			
PLZ		Ort	
Telefon			
Krankenkasse			
Anschrift Ihrer Krankenkasse			
Versichertennr.			
Erstattungsanteil der Krankenversicherung			

Hiermit ermächtige ich die Witzleben Apotheke 24 & 26, Kaiserdamm 24 & 26, 14057 Berlin, meine, in dieser Apotheke eingereichten Verordnungen, direkt mit meiner Krankenversicherung abzurechnen. Meine Verpflichtung gegenüber der Apotheke zur Bezahlung des Gesamtbetrages bleibt bis zur Erstattung durch die unten genannte Krankenversicherung bestehen. Alle Tätigkeiten in Bezug auf die Genehmigung und Erstattung oben genannter Arzneimittel, Hilfsmittel, Medizinprodukte, Verbandstoffe bei meiner Krankenversicherung übernimmt die Witzleben Apotheke 24 & 26 für mich. Mir entstehen keine zusätzlichen Kosten. Die Abtretung meinerseits ist jederzeit mit sofortiger Wirkung gegenüber der Witzleben Apotheke 24 & 26, Kaiserdamm 24 & 26, 14057 Berlin, schriftlich widerrufbar. Über diese Abtretungserklärung hinaus bestehen keine weiteren Verpflichtungen.



Ort, Datum | Unterschrift

## 2. Lastschriftverfahren mit der Witzleben Apotheke 24 & 26

(Bitte nur ausfüllen, wenn Sie am Lastschriftverfahren teilnehmen möchten.)

Wir bieten Ihnen die Möglichkeit, am Lastschriftverfahren teilzunehmen. Selbstverständlich werden Sie über die fälligen Zahlungen vorab schriftlich per Rechnung informiert. Wenn Sie diese Zahlungsart wünschen, geben Sie bitte nachfolgend Ihre Kontoverbindung an.

Kontoinhaber	
--------------	--

Bank	
------	--

IBAN	
------	--

BIC	
-----	--

Ich bevollmächtige die Witzleben Apotheke 24 & 26 im Rahmen des Versorgungsauftrages zum Einzug offener Forderungen per Lastschrift von meinem Bankkonto. Vor Abbuchung werde ich von der Witzleben Apotheke 24 & 26 schriftlich informiert. Die Erklärung zur Teilnahme am Lastschriftverfahren ist jederzeit gegenüber der Witzleben Apotheke 24 & 26, Kaiserdamm 24 & 26, 14057 Berlin, schriftlich widerrufbar. Die letzte Abbuchung, die vor der Widerrufserklärung vorgenommen wurde, kann innerhalb von 6 Wochen nach der Abbuchung widerrufen werden.



Ort, Datum | Unterschrift

## 3. Meine Rechnungsadresse

(Bitte nur angeben, falls abweichend von Ihrer bereits angegebenen Adresse des Versorgungsauftrags.)

Sie erhalten eine Rechnung, die Sie per Überweisung oder direkt in der Witzleben 24 & 26 Apotheke innerhalb von 14 Tagen ab Rechnungsdatum begleichen. Diese Variante tritt automatisch in Kraft, wenn Sie sich weder für die Abtretungserklärung noch für die Abrechnung per Lastschrift entscheiden.

Name	
------	--

Vorname	
---------	--

Anschrift	
-----------	--

PLZ		Ort	
-----	--	-----	--

Telefon	
---------	--

Meine Daten werden nur zu Abrechnungszwecken gespeichert und von der Witzleben Apotheke 24 & 26, Kaiserdamm 24 & 26, 14057 Berlin verwendet. Die Verwendung meiner persönlichen Daten endet automatisch mit der Beendigung dieses Versorgungsauftrages.



Ort, Datum | Unterschrift