



Direkt Überweisungsformular

Anweisungen: Bitte, unten angehängter Form gänzlich ausfüllen. Bitte, Zahlungsmethode angeben sowie die dazu nötige Information.

Datum: _____

Leistungserbring: _____

Fachgebiet: _____

Adresse (nicht postfach): _____

Stadt: _____ PLZ: _____ Land: _____

Tel: _____ Fax: _____

Email: _____ Website: _____

Ansprechpartner: _____

Abteilung / Titel: _____ Tel: _____

Zahlungsinformation

Zahlungen können direkt an Ihre Bank per Auslandsüberweisung geschickt werden. Sollte Ihre Praxis/Klinik eine Banküberweisung bevorzugen, bitte unten stehender Form ausfüllen:

Name der Bank: _____

Bankanschrift (nicht postfach): _____

Name von Begünstig: _____

Kontonummer: _____ BLZ: _____ Kontowährung *: _____

Swift/BIC **: _____ IBAN **: _____

* Sonst anders angegeben, Zahlungen werden in U.S. Dollar geleistet.

** Ein Swift und/oder IBAN Nr. muss für eine erfolgreiche Auslandsüberweisung angegeben werden.

-ODER-

Ein Check kann per Eilpost/Kourier zu den in dem Formular angegebene Adressen überall auf der Welt gesandt werden. Sollten Sie Zahlung per Check erwünschen, bitte geben sie die/der Begünstigter/in unten an (check können nur in U.S. Dollar ausgestellt werden):

Zahlbar zur Reihenfolge von: _____