

## Kostenübernahmeerklärung V.A.C.<sup>®</sup> Therapy System

Mir ist bekannt, dass mir im Rahmen der V.A.C.<sup>®</sup> Therapy folgende Kosten für Gerätemiete und V.A.C. Materialien in Rechnung gestellt werden. Die Rechnungslegung erfolgt 14tägig.

Beschreibung	BruttoPreis/Tag (inkl. 19% MwSt.)	Netto-Preis/Tag (exkl. 19% MwSt.)
<input type="checkbox"/> V.A.C. <sup>®</sup> Therapy – bei einer Wunde	€ 93,30	€ 78,40
<input type="checkbox"/> V.A.C. <sup>®</sup> Therapy – bei einer weiteren Wunde	€ 139,94	€ 117,60
<input type="checkbox"/> V.A.C. <sup>®</sup> Therapy mit Granufoam silver™	€ 109,48	€ 92,00

Der Auftrag zur Therapie wird von mir erteilt.

Ich wurde vollumfänglich aufgeklärt, dass die entstehenden Kosten für diese Leistung von mir zu erstatten sind, unabhängig davon, ob die Kostenübernahme durch meine Krankenkasse erklärt wird. Ich bin darüber informiert worden, dass im Zuge der Einzelfallentscheidung meine Krankenkasse nicht verpflichtet ist, die Kosten zu übernehmen. Diese Kostenübernahmeerklärung gilt für die gesamte Dauer der V.A.C.<sup>®</sup> Therapy, soweit vom Arzt verordnet.

Ich habe die Allgemeinen Geschäftsbedingungen der melocare GmbH erhalten und gelesen.

### Zahlungskonditionen

Die Kostennote ist zahlbar nach Erhalt. Die melocare GmbH behält sich das Recht vor, im Falle einer negativen SCHUFA-Auskunft, auf die Zahlung per Vorkasse zu bestehen. Im Einzelfall können Ratenzahlungen schriftlich vereinbart werden. Sollten die Kosten durch Dritte übernommen werden, so ist die Drittpartei dazu verpflichtet uns dies schriftlich zu bestätigen. Weiterhin behalten wir uns vor, von der Drittpartei eine SCHUFA-Auskunft einzuholen. Hierzu ist das separat ausgehändigte SCHUFA-Formular an uns einzureichen.

Ich mache von der Einzugsermächtigung Gebrauch. (Bitte Bankverbindung umseitig eintragen)

Name und genaue Anschrift des Zahlungspflichtigen:

Vorname, Nachname

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Ort, Datum und Unterschrift

Vertreten durch den Vorstand:  
Karsten Ingo Haas (CEO)  
ppa. Daniel Krüger-Haas

Deutsche Apotheker- & Ärztebank  
IBAN: DE49 3006 0601 0028 8025 53  
BIC: DAA EDE DD XXX

Steuer-Nr. 048/114/05456  
USt.-ID: DE 323.756.453  
IK: 331.205.919

melocare GmbH  
HRB 37282 P  
Amtsgericht Potsdam

Kooperationspartner von



## Ermächtigung zum Einzug von Forderungen mittels SEPA-Mandat

Hiermit ermächtige(n) ich/wir die melocare GmbH widerruflich, die von mir/uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit zu Lasten meines/unseres Kontos mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Wenn mein/unsere Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung. Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen.

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)	Wiederkehrende Zahlungen/Recurrent Payments Name und Anschrift des Kontoinhabers
Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)	Mandatsreferenz

### Einzugsermächtigung

Ich/Wir ermächtige(n) Sie widerruflich, die von mir/uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem/unserem Konto mit der

Kto.-Nr.	Bankleitzahl
genaue Bezeichnung des konföführenden Kreditinstituts	

einzuziehen.

### SEPA-Lastschriftmandat

Ich/Wir ermächtige(n) Sie, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unsere Kreditinstitut an, die von

[Name des Zahlungsempfängers]
-------------------------------

auf mein/unsere Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Kreditinstitut	
BIC	IBAN DE
Ort, Datum	Unterschrift