

KREDITKARTEN-FORMULAR INTERNATIONALE PATIENTEN

Sehr geehrte Kunden

Für medizinische Behandlungen in den Hirslanden Kliniken bitten wir Sie um eine Vorauszahlung. Deshalb benötigen wir nachstehende Angaben zu Ihrer Kreditkarte und Ihrer Kontodaten. Anhand dieser Angaben können wir das benötigte Depot abziehen oder einen verbleibenden Restbetrag zurückzahlen.

Vom Patienten auszufüllen

Mit meiner Unterschrift ermächtige ich hiermit die Klinik, Belastungen für die folgende Kreditkarte vorzunehmen, resp. ausstehende Beträge nachträglich zu belasten, soweit zutreffend.

Name _____ Vorname _____

Geburtsdatum _____

Behandlung in der Klinik Hirslanden Klinik Im Park

Kreditkarte VISA American Express
 MasterCard andere: _____

Name, Nachname des Karteninhabers _____

Kreditkartennummer _____

Ablaufdatum der Kreditkarte _____

Überweisen Sie bitte jeglichen Überschuss auf folgendes Konto (Bank- oder Postkonto):

Name der Bank _____

Standort / Filiale der Bank _____

Kontonummer _____

Bankleitzahl (BIC) _____

IBAN _____

Name und Adresse des Kontoinhabers _____

Ort / Datum _____

Unterschrift _____