

**Antragssteller**     Frau     Herr

Nachname

Geburtsname

Vorname ggf. 2. Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

**Wohnsitz**

Straße \_\_\_\_\_ Nr. \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Wohnhaft seit (TT.MM.JJJJ) \_\_\_\_\_

Frühere Anschrift (bei Umzug in den letzten 3 Jahren)

Straße \_\_\_\_\_ Nr. \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Telefon / Mobiltelefon

E-Mail-Adresse

Familienstand

Staatsangehörigkeit

ggf. Aufenthaltstitel     ja     nein  
wenn ja, senden Sie den Aufenthaltstitel bitte mit

**Berufsgruppe**

Selbstständig     Studierend     Beamter

Im Ruhestand     In Ausbildung     Angestellt

seit: (TT.MM.JJJJ) \_\_\_\_\_

falls befristet bis: \_\_\_\_\_

Wirtschaftszweig

Ausgeübter Beruf

Name des Arbeitgebers/der Firma

Standort des Arbeitgebers/der Firma

**Nettoeinkommen / Rente** mtl. \_\_\_\_\_ , - €

Kauf der Behandlung \_\_\_\_\_ , - €

ggf. Anzahlung \_\_\_\_\_ , - €

**Gewünschte Finanzierungssumme** \_\_\_\_\_ , - €  
(von EUR 199,- bis EUR 50.000,- möglich)

Wunschlaufzeit in Monaten \_\_\_\_\_

Wunschrate \_\_\_\_\_ , - €

Abbuchung der Kreditraten     zum 01.     zum 15.

**Behandelnder Facharzt & Praxis/Klinik/Agentur**

Praxis-/Klinik-/Agenturname

Arztname

Operationstermin (TT.MM.JJJJ) \_\_\_\_\_

Name des Patienten

**Sonstiges**

Wohnstatus     Eigentum mit Baufinanzierung

Eigentum ohne Baufinanzierung

Miete     Familie     Untermiete

Wohnkosten \_\_\_\_\_ , - €

Fahrzeug     ja     nein

Anzahl kindergeldberechtigter Kinder im Haushalt \_\_\_\_\_

laufende Kreditraten \_\_\_\_\_ , - €

Priv. Kranken-/ Pflegeversicherung     ja     nein

sonstige mtl. Ausgaben \_\_\_\_\_ , - €

Unterhaltspflichtig für \_\_\_\_\_ Personen

**Bankverbindung für den monatlichen Rateneinzug**

Kreditinstitut

Sitz der Bank

IBAN/Kontonr.

BIC/Bankleitzahl

Kontoinhaber  
(Kontoinhaber = Kreditnehmer)

Kartenummer

**Ausweis**

Personalausweis     Reisepass

Ausweisnummer

gültig bis:

Ausstellungsbehörde

Der ausgefüllten Finanzierungsanfrage müssen folgende Unterlagen beigefügt werden:

- Kopie Ihrer ec-Karte und Ihres gültigen Personalausweises oder Reisepasses (mit Meldebescheinigung) jeweils Vorder- und Rückseite (ggf. Gewerbeanmeldung)
- ab einer Finanzierungssumme von EUR 3.000,01 die Kopie Ihres letzten Lohnnachweises bzw. einen Einkommenssteuerbescheid (nicht älter als 2 Jahre)
- ab einer Finanzierungssumme von EUR 5.000,01 die Kopie Ihrer letzten 3 Lohnnachweise bzw. einen Einkommenssteuerbescheid (nicht älter als 2 Jahre)

Ich erkläre mein Einverständnis zu folgenden Punkten bzw. bestätige:

- die Bestimmungen zum Fernabsatzgesetz, allgemeine Geschäftsbedingungen und Preis- und Leistungsverzeichnis
- der Speicherung meiner Angaben im Rahmen der Datenschutzbestimmungen
- der Abfrage meiner personenbezogenen Daten bei der SCHUFA und infocore
- ich handle gemäß §3 Abs. 1 Nr. 3 Geldwäschegesetz im eigenen wirtschaftlichen Interesse.

Sämtliche Informationen sind unter [www.medkred.de](http://www.medkred.de) einsehbar und werden Ihnen auf Wunsch zugesandt.

**Ort, Datum** \_\_\_\_\_ **Unterschrift des Antragsstellers** \_\_\_\_\_

Mit meiner Unterschrift versichere ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben.