

ABTRETUNGSERKLÄRUNG ZAHNARZT

Ort : _____ Datum : _____

Angaben des Abtretenden (Zahnarzt) :

Vor- und Nachname : _____

Praxisbezeichnung : _____

Anschrift : _____

Telefonnummer : _____

Angaben des Zessionars (Empfänger) :

Vor- und Nachname : _____

Anschrift : _____

Telefonnummer : _____

Abtretungserklärung :

Hiermit tritt der Zahnarzt, im Folgenden Abtretender genannt, seine gesamten gegenwärtigen und zukünftigen Forderungen aus der zahnärztlichen Tätigkeit gegenüber den Patienten an den Zessionar, im Folgenden Empfänger genannt, ab. Die Abtretung umfasst insbesondere Honorarforderungen, Ansprüche auf Vergütung und sonstige Zahlungsansprüche. Der Empfänger ist berechtigt, die Forderungen selbst einzuziehen und im eigenen Namen geltend zu machen.

Haftungsausschluss :

Der Abtretende haftet nicht für die Einziehung der abgetretenen Forderungen nach erfolgter Abtretung. Mit Unterzeichnung dieser Erklärung bestätigt der Abtretende, dass keine anderen Abtretungen oder Belastungen der Forderungen bestehen.

Schlussbestimmungen :

Dieser Vertrag unterliegt deutschem Recht. Änderungen und Ergänzungen bedürfen der Schriftform. Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam sein oder werden, bleibt die Wirksamkeit der übrigen Bestimmungen unberührt.

UNTERSCHRIFT ABTRETENDER (ZAHNARZT)

UNTERSCHRIFT ZESSIONAR (EMPFÄNGER)

Unterschrift : _____

Unterschrift : _____

Originalquelle dieses Dokuments:

<https://dokumentklar.com/abtretungserklärung-zahnarzt/>

War diese Vorlage für Sie hilfreich?

Weitere aktuelle Vorlagen finden Sie unter:

<https://dokumentklar.com>

Mehr Vorlagen

Diese Vorlage ist ausschließlich für den persönlichen, nicht kommerziellen Gebrauch bestimmt.
Bei Weitergabe oder Veröffentlichung ist die Nennung der Quelle verpflichtend.

Diese Vorlage dient lediglich zur Orientierung und stellt keine Rechtsberatung dar.
Es wird empfohlen, sich im Einzelfall an eine fachkundige Rechtsberatung zu wenden.