



### Antragsteller/Name:

Private Anschrift:

Geburtsdatum:

Staatsangehörigkeit:

Familienstand: ☐ led. ☐ verh. ☐ gesch. ☐ verw.

Kinder:

Berufstätig seit:

Selbstständig seit:

### Angaben zur Praxis/Firma:

Firmenstempel:

Praxis-/Firmengründung:

Praxisübernahme:

Vorgänger/Adresse:

Fachrichtung:

Telefon:

Fax:

Homepage:

E-Mail:

### Bankverbindung (Die Kontoverbindung wird benötigt, um den Leasingvertrag komplett ausfüllen zu können):

Name der Bank/Anschrift:

Konto-Nr.:

BLZ:

Ich/wir versichere/n vorstehende Angaben nach bestem Wissen gemacht zu haben. Uns/Mir ist bekannt, dass diese Selbstauskunft mit den Angaben über die persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse Grundlage für die Annahme des Leasingvertrages ist.

Wir/Ich bevollmächtige/n die Ärzte- und Apotheker-Leasing A GmbH, bzw. deren Finanzierungspartner Wirtschaftsauskünfte und Auskünfte bei der zuständigen Kreditschutzorganisation über uns/mich im Zusammenhang mit diesem Leasingantrag einzuholen.

Ort, Datum

X

Unterschrift