

allcare Hausarzt-Zentren AG
Forchstrasse 33
8032 Zürich

Schuldner:

Name, Vorname:.....

Geburtsdatum:.....

Adresse:.....

PLZ / Ort:.....

Ratenvereinbarung

Der/die Unterzeichnende anerkennt die Forderung im Umfang von CHF..... des Gläubigers **allcare Hausarzt-Zentren AG** vollumfänglich und verpflichtet sich, gemäss telefonischer Vereinbarung, monatlich Teilbeträge von mindestens CHF beginnend am zu zahlen.

Bei Rückstand einer Rate von mehr als 5 Tagen wird die Ratenvereinbarung ungültig und die ursprüngliche Forderung sofort fällig.

Schuldner:

Ort und Datum

.....

Unterschrift

.....

allcare Hausarzt-Zentren AG:

Ort und Datum

.....

Unterschrift

.....