

PRAXISGRÜNDUNGSKREDIT (ÄK)

KREDITANTRAG MIT SELBSTAUSKUNFT

| ANTRAGSTELLER | | | |
|---|--|--|----------------------|
| Vor- und Zuname: | | | |
| Geburtsdatum: | | Kunden-Nr.: | |
| Arzt in Praxis: | | | |
| prakt. Arzt/Facharzt für: | | | |
| Kassenvertrag: | | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | |
| Wohnungsanschrift: | | | |
| Telefonnummer: | | E-Mail: | |
| Ordinationsanschrift: | | | |
| Telefonnummer Ordination: | | E-Mail: | |
| gewünschte Zustelladresse bitte ankreuzen: <input type="checkbox"/> Wohnungsanschrift <input type="checkbox"/> Ordinationsanschrift | | | |
| Ehegattin/Ehegatte Vor- und Zuname: | | | |
| Geburtsdatum: | | Beruf: | |
| Monatliches Nettoeinkommen (Antragsteller bzw. Gatte/Gattin: <small>(Die Haushaltsrechnung reiche ich bei der Österreichischen Ärzte- und Apothekerbank AG ein)</small>) | | | |
| Anzahl der unterhaltsberechtigten Angehörigen | | | |
| Bestehende Schuldverpflichtungen bei Geldinstituten, Privaten, Finanzamt, Klagen, Exekutionen, Bürgschaften, Alimente, etc.: | | | |
| | | | |
| Grund- und Hausbesitz, Eigentumswohnung: | | | |
| Kredit (max. EUR 100.000,-) | | Rückzahlung des Gesamt-Kredites | in Monaten |
| Kondition laut Spezial-Angebot für die zuständige Landesärztekammer: | | | Zinssatz % p.a. |
| Verwendungszweck: | | <input type="checkbox"/> Praxisgründung <input type="checkbox"/> Praxisübernahme | |
| Sicherstellung: | | <input type="checkbox"/> Ablebensversicherung: | |
| | | <input type="checkbox"/> Sonstiges | |
| Die Praxisöffnung bzw. -übernahme erfolgt(e) am/bis spätestens: | | | |
| Während der Kreditlaufzeit führe ich mein Praxiskonto bei der Österreichischen Ärzte- und Apothekerbank AG. Bei Nichteröffnung der Praxis verpflichte ich mich zur sofortigen Rückzahlung des Kredites. | | | |
| Datum und Unterschrift des Antragstellers: | | | |