

PRAXISGRÜNDUNGSKREDIT(ÄK) KREDITANTRAG MIT SELBSTAUSKUNFT



Antragsteller

Dr. med. _____
Vor- und Zuname Geburtsdatum

Arzt in Praxis: _____
praktischer Arzt / Facharzt für
Kassenvertrag: ja nein
angestellter Arzt bei: _____

gewünschte
Zustelladresse
bitte ankreuzen

Wohnungsanschrift Telefon

Ordinationsanschrift Telefon

E-Mail: _____

Ehegattin/Ehegatte: _____
Vor- und Zuname Beruf Geburtsdatum

Monatliches Nettoeinkommen (Antragsteller bzw. Gatte/Gattin): _____
Die Haushaltsrechnung reiche ich bei der Bank für Ärzte und Freie Berufe AG ein

Anzahl der unterhaltsberechtigten Angehörigen: _____

Bestehende Schuldverpflichtungen bei Geldinstituten, Privaten, Finanzamt, Klagen, Exekutionen, Bürgschaften, Alimente, etc.:

Grund- und Hausbesitz, Eigentumswohnung: _____

KREDIT
maximal
€ 75.000,-

€ _____

Rückzahlung des Gesamt Kredites in Monaten
Konditionen laut Spezial-Angebot für die
zuständige Landesärztekammer: Zinssatz % p.a.

Verwendungszweck

Praxisgründung Praxisübernahme

Sicherstellung

Kreditrestschuldversicherung
 Lebensversicherung: _____
Versicherungsanstalt Polizze Nr.
 Sonstiges: _____

Die Praxiseröffnung bzw. -übernahme erfolgt(e) am/bis spätestens

Bei Nichteröffnung der Praxis verpflichte ich mich zur sofortigen
Rückzahlung des Kredites

Datum und Unterschrift des Antragstellers

Datum und Unterschrift der zuständigen Landesärztekammer

Datum und Unterschrift der Bank für Ärzte und Freie Berufe AG