
Beratervertrag

Zwischen Medotrain und
Lizenznehmer:

Name:

Vorname:

Geb.-Datum:

Straße (privat):

PLZ/Ort (privat):

Tel.:

E-Mail:

Firmenname:

Straße (Firma):

PLZ/Ort (Firma):

Tel. berufl.:

Fax berufl.:

Allgemeiner Schulabschluss:

Abgeschlossene medizinische Ausbildung als (falls vorhanden):

Beginn Ausbildung: bei:

§1: Ich buche bei der Firma Medotrain, vertreten durch Michael Kothe, verbindlich einen start-up-Vertrag zur Unternehmensberatung:

- Das Abrechnungsseminar ist einmalig kostenpflichtig zu buchen (danach jährlich kostenfrei).
- Startgebühr: Per Überweisung innerhalb von 14 Tagen nach Vertragsabschluß: 799,-€ zzgl. Mwst.
- Monatlich ist im 1. Jahr ein Betrag von 250,-€ zzgl. Mwst. an Medotrain zu zahlen.
- Ab dem 2. Jahr sind monatlich 350,-€ zzgl. Mwst. zu zahlen.
- Der Beratungsbetrag versteht sich exklusive Reise- und Unterkunftskosten.

Leistung:

- Gründungsberatung
- Praxisorganisation
- Praxisaufbau (bis hin zur Altersvorsorge)

§2: Die Gebühr ist per Lastschrift zum 01. Des Monats fällig.

§3: Haftungsausschluß: Für Vermögensschäden von über 250.000,-€ schließen wir jegliche Haftung aus.

§4: Die Kündigung bedarf der Schriftform 3 Monate vor Vertragsablauf. Unterbleibt diese, wird der Vertrag automatisch verlängert und den neuen Preisen (ersichtlich auf der Firmeninternetseite) angepasst.

Datum: _____ Ort: _____ Unterschrift: _____

Datenschutzerklärung gemäß BDSG & EU-DSGVO

§1: Alle Daten werden geschützt (Verschwiegenheit) und nicht an Dritte weitergegeben.

§2: Die personenbezogenen Daten werden zur Terminierung, Dokumentation und Rechnungsstellung genutzt.

§3: Gemäß § 4a EU-DSGVO müssen Sie zur Nutzung vorher einwilligen und können jederzeit widersprechen.

Datum: _____ Ort: _____ Unterschrift: _____

SEPA – Lastschriftmandat

für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

Wiederkehrende Zahlungen

Gläubiger-Identifikationsnummer

DE02YYY00000627329

Mandatsreferenz

BER

(Mandatsreferenz: Von Ihnen einzutragen und erstellt sich wie folgt: BER[Anfangsbuchstaben Ihres Vor- und Nachnamens][Ihr Geburtsdatum ohne Punkte][Ausstellungsdatum ohne Punkte])
 Ich/Wir ermächtige(n) Zahlungen von

meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von Medotrain M. Kothe auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber (Vorname, Name)

Straße und Hausnummer

PLZ und Ort

Land

IBAN

BIC

Ort und Datum

Unterschrift(en)

SEPA – Lastschriftmandat

für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren

<i>Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)</i>	Wiederkehrende Zahlungen
<i>Gläubiger-Identifikationsnummer</i> DE02YYY00000627329	
<i>Mandatsreferenz</i> BER	

(Mandatsreferenz: Von Ihnen einzutragen und erstellt sich wie folgt: BER[Anfangsbuchstaben Ihres Vor- und Nachnamens][Ihr Geburtsdatum ohne Punkte][Ausstellungsdatum ohne Punkte])

Ich/Wir ermächtige(n) Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von Medotrain M. Kothe auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

<i>Kontoinhaber (Vorname, Name)</i>
<i>Straße und Hausnummer</i>
<i>PLZ und Ort</i>
<i>Land</i>

<i>IBAN</i>	<i>BIC</i>
-------------	------------

<i>Ort und Datum</i>	<i>Unterschrift(en)</i>
----------------------	-------------------------