



Meldung von Inkassofällen

Firmenname: _____

Anschrift: _____

Gewerbe: _____ Telefon: _____

Polizzen-Nr.: _____ Fax: _____

Für den Inkassobereich zuständig: _____ E-Mail: _____

Informierte/r VertreterIn (Auskunftsperson bei Gericht): _____

	Name (Firmenwortlaut), Beruf genaue Anschrift der Schuldner Bei KONSUMENTEN Geburtsdatum angeben!	Telefon-Nr. und E-Mail-Adresse des Schuldners	Offene Forderung (EUR)	Rechnungs- datum	Datum der Fälligkeit	Hat der Schuldner bereits Einwände erhoben?
1	<input type="checkbox"/> Firma <input type="checkbox"/> Konsument					<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja*
2	<input type="checkbox"/> Firma <input type="checkbox"/> Konsument					<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja*
3	<input type="checkbox"/> Firma <input type="checkbox"/> Konsument					<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja*
4	<input type="checkbox"/> Firma <input type="checkbox"/> Konsument					<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja*
5	<input type="checkbox"/> Firma <input type="checkbox"/> Konsument					<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja*
6	<input type="checkbox"/> Firma <input type="checkbox"/> Konsument					<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja*
7	<input type="checkbox"/> Firma <input type="checkbox"/> Konsument					<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja*
8	<input type="checkbox"/> Firma <input type="checkbox"/> Konsument					<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja*

In vielen Fällen können wir rasch helfen, indem wir Ihren Schuldner zur Zahlung auffordern.

Haben Sie an dieser **D.A.S. Direkthilfe®** Interesse? Ja

* Geben Sie uns bitte allfällige Einwände der Schuldner und Ihre Stellungnahme dazu umseitig bekannt und legen Sie in diesen Fällen Kopien von Unterlagen bei (z. B. Rechnungen, Korrespondenz, Gutachten etc.).

_____ Datum _____ Firmenstempel/Unterschrift

