

## Bonitätsprüfung Evaluations de crédit

**Kunden von Inkasso Med AG können für den Abschluss oder die Abwicklung eines Vertrages eine Kreditwürdigkeitsprüfung vornehmen und Bonitätsinformationen über die betreffenden Personen oder Firmen abfragen. Rechtliche Grundlage dieser Datenbearbeitung bildet Art. 31 Abs. 2 lit. c DSGVO.**

Haben Sie Fragen zu unserer Bonitätsprüfung? Wir geben Ihnen gerne Auskunft. Füllen Sie dazu bitte dieses Kontaktformular aus und senden Sie es unterschrieben mit einer Kopie (Vor- und Rückseite) Ihres Ausweises per E-Mail an [info@inkassomed.ch](mailto:info@inkassomed.ch) oder per Post an Inkasso Med AG, Credit Check, Eschenstrasse 12, 8603 Schwerzenbach.

Eine Kopie Ihres Ausweise ist zwingend nötig. Die Anfrage ist kostenlos und wird innerhalb von 30 Tagen beantwortet. Bitte beachten Sie, dass Sie unsere Antwort aufgrund von datenschutztechnischen Bestimmungen verschlüsselt (secure) erhalten werden. Sollten Sie in den nächsten Wochen keine E-Mail erhalten, so überprüfen Sie bitte ihren Spam-Ordner.

**Les clients d'Inkasso Med SA peuvent effectuer un examen de solvabilité des personnes ou des entreprises concernées ou demander des informations sur leur solvabilité pour la conclusion ou l'exécution d'un contrat. La base juridique de ce traitement de données est l'article 31, paragraphe 2, lettre c de la LPD.**

Vous avez des questions sur notre contrôle de solvabilité? Nous vous renseignons volontiers. Pour cela, veuillez remplir ce formulaire de contact et le renvoyer signé avec une copie (recto et verso) de votre pièce d'identité par e-mail à [info@inkassomed.ch](mailto:info@inkassomed.ch) ou par courrier à Inkasso Med AG, Credit Check, Eschenstrasse 12, 8603 Schwerzenbach.

Une copie de votre carte d'identité est obligatoire. La demande est gratuite et la réponse sera donnée dans les 30 jours. Veuillez noter qu'en raison des dispositions relatives à la protection des données, vous recevrez notre réponse sous forme cryptée (secure). Si vous ne recevez pas d'e-mail au cours des prochaines semaines, veuillez vérifier votre dossier de spam.

<b>Vorname</b> Prénom		<b>Nachname</b> Nom de famille	
<b>Geburtsdatum</b> Date de naissance			
<b>Strasse / Nr.</b> Rue / N°		<b>PLZ / Ort</b> Code postal / Lieu	
<b>E-Mail</b> Courrier électronique			
<b>Telefonnummer</b> Numéro de téléphone			
<b>Bei welcher Firma / bei welchem Arzt haben Sie angefragt?</b> À quelle entreprise / à quel médecin avez-vous adressé votre demande ?			

\_\_\_\_\_  
(Ort und Datum / lieu et date)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift / signature)