

## EUMEDIAS Heilberufe AG

Wirtschaftsberatung und Finanzkonzepte

Hegelstr. 39  
39104 Magdeburg

Bitte ausfüllen/ankreuzen und dieses Formular zur persönlichen und individuellen Beispielberechnung Ihrer KlinikRente-Altersvorsorge an Ihre Ansprechpartner schicken.

**per Post**

**oder einfach per FAX an: 0391 - 535 67 77**

### Angaben zu Ihrer Person

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	
Frau	Herr	Titel / Vorname / Name	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Geburtsdatum	Funktion	Beamter	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
<input type="text"/>			
Klinik / Abteilung			
<input type="text"/>			
Straße / Nr.			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
PLZ	Ort		

Ich bin an „KlinikRente Plus“ interessiert. Bitte senden Sie mir kostenlos und unverbindlich eine Beispielberechnung zu. Mein monatlicher Beitrag soll betragen:

<input type="checkbox"/> 150 Euro	<input type="checkbox"/> 300 Euro	<input type="checkbox"/> 500 Euro	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> 800 Euro	<input type="checkbox"/> 1.000 Euro	<input type="checkbox"/> Anderer Betrag:	<input type="text"/> Euro

### Bitte senden Sie die Unterlagen:

Per Post an die Klinik / Abteilung mit oben stehender Adresse.

Per E-Mail an mich.

Per Post an mich privat.

Für meine Entscheidung brauche ich weitere Informationen. Bitte rufen Sie mich zurück:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefon-Nummer dienstlich	Telefon-Nummer privat	Am besten zu erreichen in der Zeit (von/bis)

Hiermit sichern Ihnen Ihre Ansprechpartner absolute Vertraulichkeit im Umgang mit sämtlichen von Ihnen zur Verfügung gestellten Daten und Informationen zu, die im Rahmen der beauftragten Tätigkeiten bekannt und zu Zwecken der Angebotserstellung übermittelt werden. Diese Verpflichtung gilt auch für die Zeit nach Beendigung der Beauftragung.