Anmeldung & Auftrag

Bitte leserlich ausfüllen. Für volljährige Personen, die für sich selbst handeln. Mehrfachauswahl möglich, sofern nicht anders angegeben. Gesundheitsangaben werden nur mit ausdrücklicher Einwilligung im Abschnitt „Gesonderte Einwilligungen“ verarbeitet; diese ist freiwillig und vom Auftrag getrennt.

Persönliche Daten

Vorname(n)*

_____

Nachname*

_____

E-Mail-Adresse**

_____

Geburtsdatum oder Alter (für die Anfrage):
_____

Telefon / Mobilnummer**:
_____

Straße, Hausnummer, Tür (bei kostenpflichtigem Auftrag angeben)

_____

PLZ, Ort, Wohnsitzland (bei kostenpflichtigem Auftrag angeben)

_____

Bevorzugte Kontaktaufnahme: ☐ Telefon ☐ E-Mail

* Erforderlich für den personenbezogenen Auftrag. ** Mindestens eine Kontaktmöglichkeit angeben. Die Adresse ist für die Erstinformation zum Ablauf (Paket A) freiwillig; bei kostenpflichtigem Auftrag bitte für die Rechnung angeben.

Gewünschter Behandlungsbereich

☐ Zahnbehandlung	☐ Augenoperation
☐ Plastische Chirurgie / Ästhetik	☐ Haartransplantation

Welche konkrete Behandlung wünschen Sie? Bitte in eigenen Worten beschreiben.

_____

_____

_____

Wunschland und Zeitraum

Bevorzugtes Behandlungsland: ☐ Slowenien ☐ Kroatien ☐ noch offen

☐ So schnell wie möglich	☐ Innerhalb eines Monats
☐ In 1–3 Monaten	☐ Nach 3 Monaten bis 1 Jahr

Bitte nur einen Zeitraum wählen. Bei Grenzfällen gilt Ihre ergänzende Terminangabe.

Wunschtermin / ausgeschlossene Zeiträume / gewünschter Ort oder Wunschklinik

_____

_____

IHRE ORGANISATORISCHEN WÜNSCHE

Reise & Unterstützung

Sprachkenntnisse

Bitte pro Sprache ankreuzen. Die Angaben dienen der passenden Kommunikation und Planung einer möglichen Sprachunterstützung.

Sprache	Niveau (jeweils eine Auswahl)
Deutsch	☐ gut ☐ Grundkenntnisse ☐ keine
Slowenisch	☐ gut ☐ Grundkenntnisse ☐ keine
Kroatisch	☐ gut ☐ Grundkenntnisse ☐ keine
Englisch	☐ gut ☐ Grundkenntnisse ☐ keine

Bevorzugte Sprache: _____ Weitere Sprachen: _____

Unterstützung bei der Verständigung gewünscht: ☐ Ja ☐ Nein ☐ Noch offen

Anreise und Shuttle-Service

Geplante Anreise: ☐ Eigenes Kfz ☐ Öffentliche Verkehrsmittel ☐ Noch offen

Bei öffentlichen Verkehrsmitteln: ☐ Flugzeug ☐ Bahn ☐ Fernbus ☐ Sonstige

Shuttle ab Flughafen / Bahnhof im Behandlungsland: ☐ Ja ☐ Nein ☐ Noch offen

Abreiseort, voraussichtlicher Ankunftsort und gewünschte Transferstrecke (soweit bekannt)

_____

_____

_____

Unterkunft und Begleitung

Unterstützung bei der Unterkunftssuche: ☐ Ja ☐ Nein ☐ Noch offen

Unterkunftswünsche: Zeitraum, Nächte, Personenanzahl, Art der Unterkunft, Budget

_____

_____

Begleitperson(en): ☐ Nein ☐ Ja, Anzahl: _____ ☐ Noch offen

Bitte hier keine Namen oder Gesundheitsdaten von Begleitpersonen eintragen.

Weitere Unterstützung vor Ort

☐ Stadtführung ☐ Orientierung vor Ort ☐ Organisatorische Begleitung

☐ Unterstützung bei Terminabstimmungen ☐ Sonstiges: _____

Weitere Präferenzen oder organisatorische Anforderungen (z. B. Erreichbarkeit, Budget)

_____

_____

_____

Diese Angaben sind Wünsche, keine Buchung. Kostenpflichtige Reise-, Transfer-, Unterkunfts- oder Freizeitangebote werden erst nach einem gesonderten Angebot und Ihrer ausdrücklichen Beauftragung vereinbart.

FREIWILLIGE MEDIZINISCHE ANGABEN

Unterlagen & persönliche Hinweise

Relevante medizinische Angaben und Unterlagen (freiwillig)

Nur ausfüllen oder beifügen, soweit für die gewünschte Anfrage erforderlich und von Ihrer Einwilligung im Abschnitt „Gesonderte Einwilligungen“ erfasst. Alternativ können Sie Befunde direkt an die später ausgewählte Klinik übermitteln. Keine vollständige Krankengeschichte erforderlich.

Für die konkrete Anfrage wichtige Hinweise (z. B. relevante Vorbehandlung oder Allergie)

_____

_____

_____

_____

_____

Vorhandene Unterlagen: ☐ Keine ☐ Befund / Arztbrief ☐ Röntgen / Bildgebung

☐ Fotos zur Beurteilung ☐ Behandlungsplan / Kostenvoranschlag ☐ Sonstige

Welche Unterlagen stellen Sie bereit? Bezeichnung und Datum; keine Originale abgeben.

_____

_____

_____

_____

_____

☐ Unterlagen werden nachgereicht. ☐ Ich übermittle Befunde lieber direkt an die Klinik.

Dieses Formular ersetzt keine ärztliche Anamnese, Aufklärung oder Untersuchung. Über Behandlungsfähigkeit, Risiken und medizinische Eignung entscheidet ausschließlich die Klinik. Für akute Beschwerden bitte unmittelbar ärztliche Hilfe in Anspruch nehmen.

Abgrenzung der Unterstützung

GO Medics beurteilt Befunde nicht medizinisch und entscheidet nicht über Ihre Behandlung. Bitte übermitteln Sie nur die für die konkrete Anfrage notwendigen Daten. Befunde können auf Wunsch direkt an die Klinik gehen; eine vollständige Krankengeschichte ist hier nicht erforderlich.

Weitere Hinweise zur organisatorischen Bearbeitung / notwendige Rückfragen

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Bei Unsicherheit über Flug-/Reisefähigkeit oder notwendige Voruntersuchungen wenden Sie sich bitte an Ihren behandelnden Arzt. Dieses Formular ist keine ärztliche Freigabe und keine medizinische Aufklärung.

VOR UNTERZEICHNUNG VOLLSTÄNDIG AUSFÜLLEN

Paketwahl & verbindlicher Umfang

Auswahl (genau ein Paket)	Gesamtpreis inkl. anfallender Steuern
☐ A – Erstinformation zum Ablauf	0 €
☐ Basic – Ärztevermittlung	99 €
☐ Standard – Erweiterte Vermittlung & Koordination	199 €
☐ Comfort – Persönliche Patientenassistenz	299 €
☐ Premium – Individuelle Patientenbetreuung	499 €
☐ Exclusive – Maximale organisatorische Betreuung	999 €

Paket A löst keine Zahlungspflicht aus. Bei Auswahl eines kostenpflichtigen Pakets gilt der oben ausgewiesene Fixpreis, soweit nicht nachfolgend ausdrücklich ein günstigerer Preis vereinbart wird.

Verbindlicher Gesamtpreis dieses Auftrags in EUR (0 € bei A)

_____

_____

Konkretes Behandlungsvorhaben und eingeschlossene GO-Medics-Leistungen

_____

_____

_____

_____

_____

Vereinbarte Grenzen: Klinikanzahl, Termine, Aufenthalte, Gesamtaufwand; besondere Abweichungen

_____

_____

_____

_____

Startdatum / Enddatum bzw. Betreuungsdauer / bestätigte Servicezeiten und Ansprechpartner

_____

_____

_____

_____

Vertragsgrundlage: „GO Medics – Leistungsübersicht & Preise“, Version 1.1 · 16.11.2026. Die vollständige Übersicht muss vor Unterzeichnung übergeben werden. Die Behandlungszuordnung dient nur der Orientierung; das hier ausdrücklich vereinbarte Paket ist maßgeblich. Keine automatische Zusatzverrechnung.

GO Medics ist keine medizinische Einrichtung. Klinikkosten und andere Fremdleistungen sind im GO-Medics-Honorar nicht enthalten. Keine Vollmacht zur kostenpflichtigen Buchung oder zum Abschluss eines Behandlungsvertrags.

VERTRAGSERKLÄRUNG GETRENNT VON GESUNDHEITSDATENEINWILLIGUNGEN

Beauftragung & Leistungsbeginn

Go Medics FlexCo · Nikolaiplatz 4, 8020 Graz, Österreich +43 316 30 01 19 · office@go-medics.eu · www.go-medics.eu FN637661m · Landesgericht für ZRS Graz · UID ATU81254937

Vertragsabschluss und Abrechnung

Mit meiner Unterschrift erteile ich das auf der vorigen Seite bezeichnete Vertragsangebot. Der Vertrag kommt zustande, wenn mir GO Medics die Annahme einschließlich des gewählten Pakets, des Gesamtpreises, des Leistungsumfangs, der Servicezeiten und der bezeichneten Leistungsübersicht schriftlich oder per E-Mail bestätigt. Änderungen bedürfen meiner ausdrücklichen Zustimmung. Vor einer Annahme beginnt keine kostenpflichtige Leistung. Die Bestätigung nennt das Abschlussdatum und die Rücktrittsfrist.

Bei kostenpflichtigen Paketen: Rechnung nach vollständiger Erbringung des vereinbarten Pakets, fällig binnen 14 Tagen ab Erhalt, Zahlung durch Banküberweisung. Kein Abonnement, keine Vorauszahlung. Ein Klinikbesuch oder ein Klinikangebot allein löst nicht das volle Honorar aus. Bei vorzeitiger Beendigung gelten die verbraucherfreundlichen Regeln der Leistungsübersicht und die gesetzlichen Rücktrittsrechte.

☐ Ich habe die Leistungsübersicht & Preise, Version 1.1 · 16.11.2026, die Rücktrittsbelehrung, das separate Widerrufsformular und die Datenschutzinformationen vor meiner Vertragserklärung erhalten. Ich beauftrage das ausgewählte Paket zum ausdrücklich eingetragenen Gesamtpreis. Bei einem kostenpflichtigen Paket ist mir die Zahlungspflicht bekannt. Keine automatische Bestellung weiterer Leistungen.

Rechnung: ☐ per E-Mail ☐ kostenlos auf Papier. Ohne Auswahl: per E-Mail, soweit angegeben.

Auftrag: Ort, Datum / Unterschrift Patientin oder Patient

_____

_____

_____

Optional: Beginn innerhalb der Rücktrittsfrist

Bei Fernabsatz oder Abschluss außerhalb von Geschäftsräumen beginnen zahlungspflichtige Leistungen ohne Ihr nachfolgendes ausdrückliches Verlangen erst nach Ablauf der 14-tägigen Rücktrittsfrist. Das bloße Ankreuzen „so schnell wie möglich“ beim Terminwunsch ersetzt dieses Verlangen nicht.

☐ Ich verlange ausdrücklich, dass GO Medics bereits vor Ablauf der 14-tägigen Rücktrittsfrist mit der vereinbarten Dienstleistung beginnt. Bei einem wirksamen Rücktritt nach Beginn kann ein verhältnismäßiger Betrag für bereits erbrachte Leistungen zu zahlen sein, sofern die gesetzlichen Voraussetzungen erfüllt sind.

☐ Ich bestätige meine Kenntnis, dass ich bei vollständiger Erbringung der Dienstleistung mein Rücktrittsrecht verliere, wenn ich dem vorzeitigen Beginn vorher ausdrücklich zugestimmt habe. Der Beginn allein bewirkt noch keinen Verlust.

Nur bei gewünschtem vorzeitigem Beginn: Ort, Datum / Unterschrift

_____

_____

_____

Der kostenpflichtige Beginn innerhalb der Rücktrittsfrist setzt beide vorstehenden Erklärungen voraus. Keine vorangekreuzten Felder. Ein Rücktritt vom Auftrag und ein Widerruf der Datenschutz-Einwilligung sind unterschiedliche Erklärungen.

Rechtsgrundlagen für vorzeitigen Beginn, anteiliges Entgelt und Entfall: FAGG §§ 10, 16 und 18 (https://www.ris.bka.gv.at/geltendefassung.wxe?abfrage=bundesnormen&gesetzesnummer=20008847)

FREIWILLIG UND UNABHÄNGIG VON DER PAKETBESTELLUNG

Gesonderte Einwilligungen

Bitte selbst auswählen. Gesundheitsdaten und Weitergabe sind freiwillig. Ohne erforderliche Freigabe ist gegebenenfalls nur allgemeine Beratung möglich; Befunde können direkt an die Klinik gehen. Kliniken vor Freigabe eintragen. Für eine dritte Klinik ist eine zusätzliche datierte Empfängerfreigabe erforderlich.

A | Gesundheitsdaten bei GO Medics

☐ Ich willige ausdrücklich ein, dass GO Medics meinen Behandlungswunsch und meine freiwillig bereitgestellten Gesundheitsdaten und Unterlagen aus den Abschnitten „Anmeldung & Auftrag“ und „Unterlagen & persönliche Hinweise“ entgegennimmt, speichert und zur organisatorischen Bearbeitung meiner konkreten Anfrage verwendet. Keine medizinische Begutachtung. Rechtsgrundlagen: Art. 6 Abs. 1 lit. a und Art. 9 Abs. 2 lit. a DSGVO.

B | Weitergabe an konkret benannte Kliniken

Klinik 1: Rechtsträger / Name, Anschrift, Land; Datenschutz-URL oder ausgehändigte Information

_____

_____

_____

Klinik 2: Rechtsträger / Name, Anschrift, Land; Datenschutz-URL oder ausgehändigte Information

_____

_____

_____

Freigabe: ☐ Nur Klinik 1 ☐ Nur Klinik 2 ☐ Beide Kliniken

☐ Ich willige ausdrücklich ein, dass GO Medics an die ausgewählten Kliniken meinen Namen, Kontaktdaten, erforderliches Alter/Geburtsdatum, Behandlungs-, Termin- und Sprachwünsche sowie ausschließlich die unten freigegebenen Gesundheitsangaben/Unterlagen übermittelt. Zweck: Bearbeitung meiner Anfrage durch die Klinik, Kostenschätzung, Terminoption und organisatorische Abstimmung. Die Klinik darf GO Medics dazu Angebote und organisatorische Rückfragen mit erforderlichen behandlungsbezogenen Angaben übermitteln, nicht pauschal meine Patientenakte. Rechtsgrundlagen: Art. 6 Abs. 1 lit. a und Art. 9 Abs. 2 lit. a DSGVO.

Freigegebene Gesundheitsdaten / Unterlagen konkret bezeichnen (z. B. nur Behandlungswunsch)

_____

_____

C | Direkte Kontaktaufnahme durch die freigegebene Klinik

☐ Die unter B freigegebenen Kliniken dürfen mich ausschließlich zu dieser Anfrage direkt kontaktieren: ☐ telefonisch ☐ per E-Mail. Keine Werbung oder Newsletter.

A–C sind jederzeit für die Zukunft widerrufbar: office@go-medics.eu, +43 316 30 01 19 oder postalisch. Die bisherige Rechtmäßigkeit bleibt unberührt. GO Medics stoppt betroffene künftige Übermittlungen und informiert beteiligte Kliniken über den Widerruf; für dort bereits vorhandene Daten gelten deren Rechtsgrundlagen und Ihre Rechte. Keine pauschale Freigabe aller Partnerkliniken oder weiterer Empfänger.

Einwilligungen A–C wie selbst angekreuzt: Ort, Datum / Unterschrift

_____

_____

ART. 13 DSGVO · VERANTWORTLICHKEIT UND VERARBEITUNG

Datenschutzinformationen

Wer verantwortlich ist

Go Medics FlexCo, Nikolaiplatz 4, 8020 Graz, Österreich; office@go-medics.eu; +43 316 30 01 19. Datenschutzkontakt laut veröffentlichter Datenschutzerklärung: Mag. Ewald Felbar, ewald.felbar@go-medics.eu. Kliniken sind für ihre eigene Verarbeitung selbst verantwortlich und müssen ihre Informationen vor Freigabe zur Verfügung stellen.

Unternehmensdaten: GO Medics Impressum (https://go-medics.eu/de/impressum)

Welche Daten wofür verarbeitet werden

Stamm-, Kontakt-, Rechnungs- und Organisationsdaten dienen Anfragebearbeitung, Vertragserfüllung und vorvertraglichen Maßnahmen auf Ihren Wunsch (Art. 6 Abs. 1 lit. b DSGVO). Gesundheitsdaten einschließlich Behandlungswunsch werden auf ausdrückliche Einwilligung verarbeitet; für konkrete Kliniken gilt die gesonderte Freigabe (Art. 6 Abs. 1 lit. a und Art. 9 Abs. 2 lit. a). Gesetzlich erforderliche Buchhaltungsdaten werden nach Art. 6 Abs. 1 lit. c verarbeitet. Einwilligungsnachweise dienen der gesetzlichen Rechenschaftspflicht; bei konkreten Rechtsstreitigkeiten gelten die dafür vorgesehenen gesetzlichen Grundlagen. Keine Verwendung zu Werbung aufgrund dieses Formulars.

Wer Daten erhält

Nur freigegebene Kliniken erhalten die für die konkrete Anfrage erforderlichen Daten. Beschäftigte erhalten nur den notwendigen Zugriff. Weisungsgebundene IT-, Speicher- und Kommunikationsdienstleister werden nach Maßgabe der tatsächlichen Verarbeitung eingesetzt. Buchhaltungs-/Steuerdienstleister erhalten nur notwendige Rechnungsdaten, keine pauschalen Befundsammlungen. Hotels, Transferanbieter und Stadtführer erhalten über dieses Formular keine Gesundheitsdaten oder allgemeine Weitergabefreigabe; konkret notwendige Logistikdaten werden gesondert mit Ihnen abgestimmt.

EU-Ausland, Drittland und sichere Kommunikation

Slowenien und Kroatien liegen in der EU. Diese Empfängerwahl ist als solche keine Drittlandübermittlung. Informationen zur technischen Verarbeitung folgen unmittelbar. Eine Gesundheitsdateneinwilligung ersetzt weder eine Rechtsgrundlage für Drittlandtransfers noch technische Schutzmaßnahmen. GO Medics stellt einen dem Risiko angemessenen Übertragungsweg bereit; bitte Befunde nicht unaufgefordert über ungesicherte Kanäle senden.

Auftragsverarbeiter (Art. 28 DSGVO): Vercel Inc., USA – Website-Hosting, Online-Formulare, Dateiablage (Uploads im Browser verschlüsselt); Neon Inc., USA – Datenbank in Frankfurt am Main (EU), Gesundheitsangaben zusätzlich verschlüsselt; edis GmbH, Österreich – E-Mail-Versand; Microsoft Ireland Operations Ltd. – Postfach office@go-medics.eu [bitte bestätigen]; [IT-Wartung der Website: Name, Anschrift – bitte ergänzen]. Anthropic PBC, USA – Übersetzung von Website-Texten, keine Patientendaten.

Drittland: Zugriffe aus den USA sind nicht ausgeschlossen. Grundlage: EU-US Data Privacy Framework (Art. 45 DSGVO), soweit der Empfänger zertifiziert ist, sonst EU-Standardvertragsklauseln (Art. 46 Abs. 2 lit. c DSGVO) mit Verschlüsselung; Kopie der Garantien auf Anfrage.

Befunde bitte nur über den verschlüsselten Upload (www.go-medics.eu/de/kontakt) oder einen von uns genannten Weg senden, nicht unverschlüsselt per E-Mail.

Datenschutzrechte & Aufbewahrung

Wie lange Daten gespeichert werden

Datenkategorie	Aufbewahrung / Löschung
Allgemeine Anfragen ohne Auftrag	Spätestens 6 Monate nach dem letzten Kontakt, soweit keine weitere Bearbeitung gewünscht und erforderlich ist. Gesundheitsdaten unterliegen der kürzeren Regel unten.
Gesundheitsangaben und Befunde	Nur solange für den ausdrücklich freigegebenen Zweck erforderlich. Nach Zweckende oder Widerruf ohne unangemessene Verzögerung löschen; keine pauschale 7-jährige Befundaufbewahrung.
Vertrags-, Kommunikations- und Einwilligungsnachweise	Soweit für Nachweis oder Rechtsansprüche erforderlich: grundsätzlich bis 3 Jahre nach vollständiger Auftragsabwicklung (auch Online-Anmeldungen und Rücktrittserklärungen) bzw. Ende der Einwilligungsnutzung, datenminimiert und ohne unnötige Befundkopien.
Rechnungs- und Buchhaltungsunterlagen	Grundsätzlich 7 Jahre ab Ende des maßgeblichen Kalenderjahres; länger, soweit für anhängige Abgabenverfahren gesetzlich erforderlich (§ 132 BAO).

6 Monate und 3 Jahre sind interne Regelfristen, keine gesetzlichen Mindestfristen. Bei früherem Zweckwegfall wird früher gelöscht. Längere Speicherung nur bei dokumentierten gesetzlichen Pflichten oder erforderlichen Rechtsansprüchen, zweckbeschränkt und bei Gesundheitsdaten mit Grundlage nach Art. 9 DSGVO.

§ 132 BAO (https://ogd.ris.bka.gv.at/Dokumente/Bundesnormen/NOR12057374/NOR12057374.html)

Freiwilligkeit und Ihre Rechte

Das Ausfüllen ist gesetzlich nicht vorgeschrieben. Für einen persönlichen Auftrag benötigen wir Namen und mindestens einen Kontaktweg, bei kostenpflichtigem Auftrag auch Rechnungsangaben. Weitere Angaben nur soweit für den Service erforderlich. Gesundheitsangaben und Einwilligungen sind freiwillig. Ohne erforderliche Freigabe entfällt gegebenenfalls die personenbezogene Klinikanfrage; allgemeine Orientierung bleibt möglich. Nicht benötigte medizinische Informationen sind nicht anzugeben.

Nach Maßgabe der DSGVO bestehen Rechte auf Auskunft, Berichtigung, Löschung, Einschränkung, Datenübertragbarkeit und bei entsprechender Grundlage Widerspruch. Einwilligungen sind jederzeit für die Zukunft widerrufbar, ebenso einfach wie ihre Erteilung. Der Widerruf der Datenfreigabe ist nicht automatisch ein Rücktritt vom Dienstleistungsvertrag; möchten Sie beides, können Sie beides in derselben Nachricht ausdrücklich erklären. Eine Einwilligung ist keine Voraussetzung für gesetzlich notwendige Rechnungsaufbewahrung.

Für diesen Auftrag sind keine ausschließlich automatisierten Entscheidungen einschließlich Profiling vorgesehen. Eine Änderung dieser Verarbeitung bedarf vorab einer passenden Information und Rechtsgrundlage. Kontakt für Rechte und Fragen: office@go-medics.eu; wir bearbeiten Anträge innerhalb der gesetzlichen Fristen.

Beschwerdemöglichkeit

Sie können sich bei einer zuständigen Datenschutzaufsichtsbehörde beschweren, insbesondere am gewöhnlichen Aufenthaltsort, Arbeitsplatz oder Ort des behaupteten Verstoßes. In Österreich: Datenschutzbehörde, Barichgasse 40–42, 1030 Wien; dsb@dsb.gv.at.

Aufsichtsbehörde: Österreichische Datenschutzbehörde (https://dsb.gv.at/)

Rechte, Einwilligung, besondere Daten und Informationspflichten: DSGVO, Art. 5–7, 9, 13 und 15–22 (https://eur-lex.europa.eu/eli/reg/2016/679/oj?locale=de)

FÜR ENTGELTLICHE FERNABSATZ- UND AUSWÄRTSVERTRÄGE

Rücktrittsbelehrung

Ihr Rücktrittsrecht

Sie haben das Recht, binnen 14 Tagen ohne Angabe von Gründen von diesem Vertrag zurückzutreten. Die Frist beginnt am Tag des Vertragsabschlusses, also mit Zugang der Annahmebestätigung von GO Medics gemäß dem Abschnitt „Beauftragung & Leistungsbeginn“.

Um Ihr Rücktrittsrecht auszuüben, müssen Sie Go Medics FlexCo, Nikolaiplatz 4, 8020 Graz, Österreich, office@go-medics.eu, Telefon +43 316 30 01 19, mittels einer eindeutigen Erklärung über Ihren Entschluss, von diesem Vertrag zurückzutreten, informieren, z. B. per E-Mail oder Brief. Sie können das separate Widerrufsformular verwenden; dies ist nicht vorgeschrieben. Zur Wahrung der Frist reicht es aus, dass Sie die Mitteilung vor Ablauf der Rücktrittsfrist absenden.

Folgen des Rücktritts

Wenn Sie zurücktreten, zahlen wir alle von Ihnen erhaltenen Zahlungen unverzüglich und spätestens binnen 14 Tagen ab dem Tag zurück, an dem Ihre Rücktrittserklärung bei uns eingegangen ist. Für die Rückzahlung verwenden wir dasselbe Zahlungsmittel wie bei der ursprünglichen Zahlung, es sei denn, es wurde ausdrücklich etwas anderes vereinbart; in keinem Fall berechnen wir wegen dieser Rückzahlung Entgelte. Gesetzlich zulässige anteilige Vergütung für ausdrücklich vorzeitig verlangte, bereits erbrachte Leistungen bleibt nach Maßgabe des folgenden Absatzes zu berücksichtigen.

Haben Sie ausdrücklich verlangt, dass wir während der Rücktrittsfrist beginnen, so haben Sie bei einem Rücktritt einen angemessenen Betrag zu zahlen, der dem Anteil der bis zur Mitteilung erbrachten Leistungen im Vergleich zum vereinbarten Gesamtumfang entspricht, sofern die gesetzlichen Informations- und sonstigen Voraussetzungen erfüllt sind. Ohne die gesetzlich erforderlichen Informationen entsteht keine solche anteilige Zahlungspflicht. Keine zusätzliche Rücktrittsgebühr.

Wann das Recht bei vollständiger Leistung entfällt

Bei zahlungspflichtigen Dienstleistungen entfällt das Rücktrittsrecht erst bei vollständiger Leistungserbringung, wenn Sie zuvor ausdrücklich dem Beginn zugestimmt und vor Beginn bestätigt haben, dass Ihnen der Verlust des Rechts bei vollständiger Erfüllung bekannt ist. Weder eine bloße Terminbuchung noch der Leistungsbeginn allein genügen. Ohne ein ausdrückliches Verlangen beginnt GO Medics während der 14 Tage nicht mit dem kostenpflichtigen Service.

Onlineabschluss und andere Vertragsrechte

Dieses Formular ist für den Abschluss per Übermittlung und anschließender Annahmebestätigung ausgelegt. Für den Abschluss über die Online-Anmeldung steht die Online-Rücktrittsfunktion unter www.go-medics.eu/de/widerruf bereit; das PDF und eine Kontaktseite ersetzen diese nicht. Ein Rücktritt per E-Mail, Brief oder anderer eindeutiger Erklärung bleibt möglich.

Rücktritt zum Formularauftrag: office@go-medics.eu, www.go-medics.eu/de/widerruf oder Go Medics FlexCo, Nikolaiplatz 4, 8020 Graz, Österreich. Allgemeiner Onlinekontakt: https://www.go-medics.eu/de/kontakt. Diese Kontaktseite ist keine Rücktrittsfunktion nach § 13a FAGG.

Bei einem reinen Abschluss in den Geschäftsräumen besteht nicht allein aufgrund des FAGG ein 14-tägiges Rücktrittsrecht. Andere gesetzliche Rechte und das in der Leistungsübersicht eingeräumte Beendigungsrecht bleiben unberührt. Diese Belehrung betrifft Ihren GO-Medics-Auftrag, nicht automatisch separate Verträge mit Kliniken, Hotels oder Reiseanbietern.

Rechtsgrundlagen: FAGG §§ 10–18 (https://www.ris.bka.gv.at/geltendefassung.wxe?abfrage=bundesnormen&gesetzesnummer=20008847)

Online-Rücktrittsfunktion: FAGG § 13a (https://www.ris.bka.gv.at/eli/bgbl/i/2014/33/P13a/NOR40279256)