

Teilzahlung



- ✓ einfach, schnell und unbürokratisch
- ✓ kein Einkommens- oder Rentennachweis
- ✓ monatliche Mindestrate ab 25,- Euro
- ✓ individuelle Laufzeiten bis zu 48 Monaten
- ✓ Stundung von Raten
- ✓ Sonderzahlung oder vorzeitige Ablöse jederzeit kostenfrei möglich
- ✓ bei einer Gesamtlaufzeit bis zu 6 Monaten zins- und gebührenfrei

DZR Deutsches Zahnärztliches Rechenzentrum GmbH

Postfach 10 15 44 | 70014 Stuttgart
Marienstraße 10 | 70178 Stuttgart
Telefon 0711 61947-40
Telefax 0711 61947-50

E-Mail tzv.stgt@dzt.de
www.dzt.de/TZVS

Bankverbindung

APO Bank
BIC DAAEDEDXXX
IBAN DE45 3006 0601 0006 6611 14

Geschäftsführer

Konrad Bommas | Thomas Schelhorn
USt-IdNr. DE 147839808 | Sitz und Amtsgericht: Stuttgart HRB 6658

Einfach direkt bei Ihrem Zahnarzt abgeben
oder im Fensterkuvert an

DZR

Deutsches Zahnärztliches
Rechenzentrum GmbH

Patienten-Service

Postfach 10 15 44
70014 Stuttgart

Online beantragen unter
www.dzt.de/TZVS



Laufzeiten und Kosten*

Bei einer Teilzahlungsvereinbarung mit einer Gesamtlaufzeit von mehr als 6 Monaten ab Rechnungsdatum entstehen folgende **Finanzierungskosten**:

Zinsen pro Monat	
7–12 Monate	0,40 % p. M.
13–48 Monate	0,60 % p. M.

Die Bedingungen und Finanzierungskosten (Zinsen pro Monat) werden in der Ihnen gesondert zugehenden Teilzahlungsvereinbarung genannt – die Zinsen werden ab Rechnungsdatum aus dem offenen Rechnungsbetrag erhoben.

Die **monatliche Mindestrate** beträgt **25,- Euro**, die maximale Laufzeit höchstens 48 Monate. **Ratenstundung**: Um einen etwaigen finanziellen Engpass überbrücken zu können, bieten wir Ihnen die kostenlose Ratenstundung an (max. eine Rate pro Laufzeitjahr). Eine kurze schriftliche Mitteilung genügt.

Sonderzahlungen: Sie können jederzeit kostenfrei Sonderzahlungen leisten. **Vorzeitige Ablösung**: Die Teilzahlungsvereinbarung kann jederzeit vorzeitig und ohne weitere Kosten abgelöst werden. Ihr Teilzahlungsangebot fordern Sie ganz einfach mit anhängendem Teilzahlungswunsch oder unter www.dzr.de/TZVS an.

Beispiele:

Laufzeit/Monate ab Rg.-Datum	6 Monate (ohne Kosten)	12 Monate*
Rechnungsbetrag in Euro	monatliche Rate / Gesamtbetrag in Euro (gerundet)	
1.000,-	167,-	88,- / 1.058,-
2.000,-	333,-	176,- / 2.106,-
5.000,-	833,-	438,- / 5.250,-
10.000,-	1.667,-	874,- / 10.490,-
20.000,-	3.333,-	1.748,- / 20.970,-
Zinsen pro Monat	0%	0,40%
Effektivzins	0%	9,15%
Mindestrate in Euro	25,-	25,-

Der jährliche Effektivzins und die Höhe der Mindestrate sind abhängig von individuellen Faktoren, z. B. vom Eingang der 1. Rate und der Gesamtlaufzeit (max. 48 Monate).

* Bei einer kostenauslösenden Teilzahlungsvereinbarung von bis zu 12 Monaten fällt für die Führung des Teilzahlungskontos zusätzlich ein Aufwand von 10,- Euro und für jedes weitere angefangene Laufzeitjahr ein weiterer Betrag von 5,- Euro an.

Bei Ihrer Zahngesundheit zu sparen, kann in ein paar Jahren schmerzhaft und teuer werden. Daher fragen Sie Ihre Zahnärztin/Ihren Zahnarzt nach Ihrer optimalen Versorgung. In uns hat die Praxis einen Dienstleister an ihrer Seite, der attraktive Finanzierungsmodelle für Ihre Eigenbeteiligung anbietet.

So einfach ist die Teilzahlung

Sie selbst bestimmen die Höhe der Raten oder die Dauer der Laufzeit. So haben Sie es in der Hand, wie hoch die monatliche Belastung ausfallen darf. Sie entscheiden auch, ob die einzelnen Zahlungen zum Monatsanfang oder zur Monatsmitte fällig werden.

So funktioniert die kostenlose Teilzahlung

Sofern Sie Ihre Rechnung in **2 bis maximal 6** gleich hohen Monatsraten bezahlen, entstehen Ihnen aus der Teilzahlung **keinerlei Kosten**. Voraussetzung dafür ist, dass Ihr **Teilzahlungswunsch und die erste Rate innerhalb von 30 Tagen nach Rechnungsdatum bei uns eingehen**. Außerdem ist der Rechnungsbetrag innerhalb von 6 Monaten ab Rechnungsdatum vollständig von Ihnen auszugleichen.

Teilzahlungswunsch

Ja, ich möchte die Teilzahlung nutzen!

Bitte gleich nach Erhalt Ihrer Rechnung dieses Formular ausfüllen und an das DZR senden. Bedenken Sie, dass Ihre Teilzahlung **nur in Verbindung mit der DZR-Rechnungsnummer** bearbeitet werden kann.

Rg.-Nr.(n) (bitte unbedingt angeben) Rechnungsbetrag

Innerhalb weniger Tage erhalten Sie Ihre individuelle Teilzahlungsvereinbarung. **Bitte beachten Sie**: Es ist nicht möglich, mehrere Rechnungen in einer Vereinbarung zusammenzufassen.

Rechnungsempfänger

Vorname/Name

Straße/Hausnr.

PLZ/Ort

Geburtsdatum

Telefon-Nr.

Meine Zahnarztpraxis

Bitte wählen Sie

 oder

die Höhe der Monatsrate
(mind. 25,- Euro monatlich)

die Laufzeit (in Monaten)
(maximal 48 Monate)

und den gewünschten Zahlungsbeginn/Zahlungstermin:

zum 01. eines Monats

zum 15. eines Monats

Ort/Datum

Unterschrift des Rechnungsempfängers/Patienten

04.16-18V./30.000

Bitte hier an der Perforation abtrennen.