

Πληρωμή σε δόσεις



- ✓ εύκολα, γρήγορα και χωρίς καμία γραφειοκρατία
- ✓ χωρίς αποδεικτικό εισοδήματος ή σύνταξης
- ✓ ελάχιστη μηνιαία δόση από 25,00 ευρώ
- ✓ διάρκεια μέχρι και 48 μήνες
- ✓ παράταση δόσεων
- ✓ προσφέρεται η δυνατότητα έκτακτης καταβολής ή πρόωρης απαλλαγής σε κάθε στιγμή δωρεάν
- ✓ σε συνολική διάρκεια 6 μηνών άτοκα και ατελώς

DZR Deutsches Zahnärztliches Rechenzentrum GmbH

Postfach 10 15 44 | 70014 Stuttgart
Marienstraße 10 | 70178 Stuttgart
Τηλέφωνο +49 (0)711 61947-40
Φαξ +49 (0)711 61947-50

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

Στοιχεία τραπεζής:

AP0 Bank
BIC DAAEDEDXXX
IBAN DE45 3006 0601 0006 6611 14

Διαχειριστές:

Konrad Bommas | Thomas Schelhorn
Αρ. μητρώου ΦΠΑ DE 147839808
Έδρα και Πρωτοδικείο: Stuttgart HRB 6658

Παραδώστε απευθείας στον οδοντίατρό σας ή αναγράψτε
στο πακέτο του φακέλου προς

DZR
Deutsches Zahnärztliches
Rechenzentrum GmbH
Patienten-Service
Postfach 10 15 44
70014 Stuttgart

Υποβάλλετε αίτηση στο
διαδίκτυο στη διεύθυνση
www.dzt.de/TZVS



Προσοχή!

Η μετάφραση του εντύπου μερικής πληρωμής στη μητρική σας γλώσσα αποτελεί καθαρά μια υπηρεσία εξυπηρέτησης. Καθώς εφαρμόζεται το γερμανικό δίκαιο, μπορούμε να επεξεργαστούμε την επιθυμία σας για μερική πληρωμή, εφόσον μας αποστείλετε την αίτηση υπογεγραμμένη στο γερμανικό πρωτότυπο έντυπο.

Ευχαριστούμε για την κατανόησή σας.

Παρακαλούμε λάβετε υπόψη τις οδηγίες στη σελίδα 3.

Διάρκεια δόσεων και έξοδα*

Σε περίπτωση συμφωνίας μερικής πληρωμής με συνολική διάρκεια μεγαλύτερη των 6 μηνών από την ημερομηνία λογαριασμού, προκύπτουν τα ακόλουθα **έξοδα χρηματοδότησης**:

Τόκοι ανά μήνα:

7–12 μήνες	0,40 % ανά μήνα
13–48 μήνες	0,60 % ανά μήνα

Οι προϋποθέσεις και τα έξοδα χρηματοδότησης (τόκοι ανά μήνα) αναφέρονται στη συμφωνία μερικής πληρωμής που θα σας σταλεί ξεχωριστά – οι τόκοι λαμβάνονται από την ημερομηνία λογαριασμού από το ποσό λογαριασμού που εκκρεμεί.

Η ελάχιστη μηνιαία δόση αντιστοιχεί σε **25,- ευρώ**, η μέγιστη διάρκεια το ανώτατο σε 48 μήνες. **Καθυστέρηση πληρωμής:** Για να μπορεί να αντιμετωπιστεί οιαδήποτε οικονομική δυσκολία, σας προσφέρουμε την δωρεάν καθυστέρηση πληρωμής (μέν. μια δόση καταβολής ανά τρέχον έτος). Αρκεί μια σύντομη γραπτή ειδοποίηση.

Ειδικές πληρωμές: Μπορείτε ανά πάσα στιγμή να κάνετε δωρεάν ειδικές πληρωμές. **Πρόωρη εξόφληση:** Η συμφωνία πληρωμής με δόσεις μπορεί να εξοφληθεί ανά πάσα στιγμή πρόωρα χωρίς περαιτέρω έξοδα. Μπορείτε να ζητήσετε την προσφορά μερικής πληρωμής εύκολα, επισυνάπτοντας την πρόθεση μερικής πληρωμής ή στη διεύθυνση www.dzr.de/TZVS.

Παραδείγματα:

Διάρκεια/μήνες από ημερομηνία έκδοσης λογαριασμού	6 μήνες (χωρίς έξοδα)	12 μήνες*
Ποσό λογαριασμού σε ευρώ	Μηνιαία δόση καταβολής / Συνολικό ποσό ποσό σε ευρώ (με στρογγυλοποίηση)	
1.000,00	167,00	88,00 / 1.058,00
2.000,00	333,00	176,00 / 2.106,00
5.000,00	833,00	438,00 / 5.250,00
10.000,00	1.667,00	874,00 / 10.490,00
20.000,00	3.333,00	1.748,00 / 20.970,00
Τόκοι ανά μήνα	0 %	0,40 %
Πραγματικό επιτόκιο	0 %	9,15 %
Ελάχιστη δόση σε ευρώ	25,00	25,00

Το ετήσιο πραγματικό επιτόκιο και το ύψος της ελάχιστης δόσης καταβολής εξαρτώνται από μεμονωμένους παράγοντες, π.χ. λήψη της 1ης δόσης καταβολής και συνολικός χρόνος (μέν. 48 μήνες).

* Στην περίπτωση μιας συμφωνίας μερικής πληρωμής έως 12 μήνες που συνεπάγεται δαπάνες, προκύπτει για την τήρηση του λογαριασμού μερικής πληρωμής επιπλέον το ποσό των 10,- ευρώ και για κάθε περαιτέρω έναρξη τρέχοντος έτους ένα περαιτέρω ποσό 5,- ευρώ.

Πρόθεση πληρωμής σε δόσεις

Ναι, επιθυμώ την πληρωμή σε δόσεις!

Παρακαλούμε συμπληρώστε το παρόν έντυπο μετά τη λήψη του λογαριασμού σας και αποστείλετε στην DZR. Λάβετε υπόψη σας ότι μπορούμε να επεξεργαστούμε τη μερική πληρωμή **μόνο σε συνδυασμό με τον αριθμό λογαριασμού DZR**.

Αριθμός/οι λογαριασμού
(να αναφέρονται οπωσδήποτε)

Ποσό λογαριασμού

Εντός λίγων ημερών θα λάβετε τη δική σας συμφωνία μερικής πληρωμής. **Παρακαλούμε να προσέξετε τα εξής:** Δεν είναι δυνατή η συγκέντρωση περισσότερων λογαριασμών σε μια συμφωνία.

Παραλήπτης λογαριασμού

Επώνυμο/όνομα

Οδός/αριθμός

Ταχ. κώδικας/πόλη

Ημερομηνία γέννησης

Αριθμός τηλεφώνου

Το οδοντιατρείο-μου

Παρακαλούμε επιλέξτε

το ύψος της
μηνιαίας δόσης
(τουλάχιστον 25,00 ευρώ)

ή
η διάρκεια (σε μήνες)
(το ανώτερο 48 μήνες)

επιθυμητή έναρξη καταβολής πληρωμών/ημερομηνία πληρωμής

κάθε 1η μέρα του μήνα

κάθε 15η μέρα του μήνα

Τόπος/ημερομηνία

Υπογραφή του παραλήπτη λογαριασμού/ασθενούς

04.16-18V.

Παρακαλούμε διαχωρίστε εδώ στη διάτρηση.

Προχωρήστε ως εξής:

1ος τρόπος:

1. Συμπληρώστε το έντυπο στον υπολογιστή σας με τη βοήθεια του προγράμματος Acrobat-Reader.
2. Εκτυπώστε αυτή τη σελίδα.

3. Υπογράψτε την αίτηση.

4. Διπλώστε το φύλλο δύο φορές, τοποθετήστε το σε φάκελο με παραθυράκι, παραδώστε το απευθείας στον οδοντίατρό σας ή ταχυδρομήστε το στο DZR.

2ος τρόπος:

1. Εκτυπώστε αυτή τη σελίδα.

2. Συμπληρώστε την αίτηση και υπογράψτε την.

3. Διπλώστε το φύλλο δύο φορές, τοποθετήστε το σε φάκελο με παραθυράκι, παραδώστε το απευθείας στον οδοντίατρό σας ή ταχυδρομήστε το στο DZR.

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.

DZR
Deutsches Zahnärztliches
Rechenzentrum GmbH
Patienten-Service
Postfach 10 15 44
70014 Stuttgart