

Taksitli ödeme



- ✓ kolay, hızlı ve bürokrasisiz
- ✓ gelir veya emeklilik belgesi ibrazı gerekmeden
- ✓ 25,- Euro'dan itibaren aylık taksit
- ✓ 48 aya kadar şahsa özel vadeler
- ✓ taksit erteleme
- ✓ özel ödeme veya erken itfa her an ücretsiz mümkündür
- ✓ toplam 6 aya kadar olan vadelerde faiz ve ücret ödmeden

DZR Deutsches Zahnärztliches Rechenzentrum GmbH

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

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

Banka bilgisi:

APO Bank
BIC DAAEDEDXXX
IBAN DE45 3006 0601 0006 6611 14

Genel müdürler:

Konrad Bommas | Thomas Schelhorn
Sat. Verg. Tan. No. DE 147839808
Merkez ve Sulh Mahkemesi: Stuttgart HRB 6658

Diş hekiminize teslim etmeniz ya da pencereyi zarf içerisinde
de aşağıdaki adrese göndermeniz yeterlidir:

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

Çevrimiçi başvuru adresi
www.dzt.de/TZVS



Dikkat

Kısmi ödeme formunun ana dilinize çevirisi sadece bir servis hizmetidir. Alman yasalarının uygulanması gerektiğinden, ancak başvuru formunu bize orijinal Almanca belge üzerinde imzalı olarak verdiğinizde kısmi ödeme talebinizi işleme alabilmekteyiz.

Anlayışınız için teşekkür ederiz.

Bunun için Sayfa 3'teki talimatları dikkate alın.

Vadeler ve masraflar*

Fatura tarihinden itibaren toplam ödeme süresi 6 aydan daha uzun olan taksitli ödeme sözleşmelerinde aşağıdaki **finansman masrafları oluşmaktadır**:

Aylık faiz:

7-12 ay	% 0,40 Aylık.
13-48 ay	% 0,60 Aylık

Şartlar ve finansman masrafları (aylık faizler) size ayrı olarak gönderilecek olan taksit ödeme sözleşmesinde bildirilecektir; faizler fatura tarihinden itibaren açık fatura tutarına göre belirlenir.

Aylık **en düşük taksit tutarı 25,- Euro**, maksimum vade ise en fazla 48 aydır. **Taksit erteleme:** Olası finansal bir güçlüğü atlatabilmek için size ücretsiz bir taksit ertelemesi sunuyoruz (yıllık sözleşme süresinde maks. bir taksit). Bunun için yazılı kısa bir açıklama yeterlidir.

Özel ödemeler: İstedığınız zaman ücretsiz özel ödemeler yapabilirsiniz. **Zamanından önce ödeme tamamlama:** Taksit sözleşmesi her zaman zamanından önce ve başka bir masraf oluşmadan tamamlanabilir. Taksitli ödeme teklifinizi ekteki taksitli ödeme başvuru formu ile ya da www.dzr.de/TZVS adresine başvurarak kolayca talep edebilirsiniz.

Örnekler:

Kayıt tarihinden itibaren vade/aylar	6 ay (masrafsız)	12 ay*
Euro cinsinden fatura tutarı	Aylık taksit / toplam tutar Euro olarak (yuvarlak hesap)	
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
Aylık faiz	0 %	0,40 %
Efektif faiz	0 %	9,15 %
Euro cinsinden en düşük taksit tutar	25,00	25,00

Yıllık efektif faiz ve asgari taksitin tutan bireysel faktörlere bağlıdır, örneğin 1. taksitin girişine ve toplam sözleşme süresine (maks. 48 ay).

* Masraf oluşturan 12 aya kadar bir taksit sözleşmesinde taksit hesabının yönetimi için ilaveten 10,- Euro ve başlanılan her bir sözleşme yılı için ayrıca 5,- Euro tutarında bir ücret eklenir.

Taksit ödeme talebi

Evet, taksitli ödeme imkanından faydalanmak istiyorum!

Lütfen faturanızı aldıktan hemen sonra bu formu doldurun ve DZR'ye gönderin. Taksit ödemenizin **sadece DZR fatura numarasıyla** bağlantılı olarak işleme alınabileceğini unutmayın.

Kayıt numarası (lütfen mutlaka belirtiniz) Fatura tutarı

Birkaç gün içinde bireysel taksit sözleşmenizi almış olursunuz. **Lütfen şunu dikkate alın:** Birden fazla faturayı bir sözleşmede birleştirmek mümkün değildir.

Fatura alıcısı

Adı/Soyadı

Cadde/Bina No.

Posta kodu/Şehir

Doğum tarihi

Telefon no.

Diş hekimim

Lütfen seçiniz

Aylık taksit tutarı (en az 25,- Euro)

veya

vade (ay) (en fazla 48 ay)

Talep edilen ödeme başlangıcı/ödeme tarihi

her ayın 1'inde

her ayın 15'inde

Yer/Tarih

Fatura alıcısının/hastanın imzası

04.16-18V.

Lütfen perforajlı yerden koparınız

Yapacağınız işlemler:

Seçenek 1:

1. Acrobat Reader yardımıyla kendi dilinizdeki formu (Sayfa 2) bilgisayarınızda doldurun. Bilgileriniz otomatik olarak Almanca forma aktarılacaktır.
2. Lütfen Almanca formu yazdırın
3. Başvuru formunu imzalayın
4. Kağıdı iki kez katlayın, pencereleli bir zarfa koyun, doğrudan diş doktorunuza verin veya postayla DZR'ye gönderin

Seçenek 2:

1. Sayfayı yazdırın
2. Başvuru formunu doldurun ve imzalayın
3. Kağıdı iki kez katlayın, pencereleli bir zarfa koyun, doğrudan diş doktorunuza verin veya postayla DZR'ye gönderin

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

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

oder

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