



Ελκυστικές προσφορές πληρωμής σε δόσεις και εξυπηρέτησης

Ο οδοντίατρός σας αποφάσισε να συνεργαστεί με εμάς, τα Γερμανικά Κέντρα Οδοντιατρικής Οικονομικής Διαχείρισης (Deutsche Zahnärztliche Rechenzentren, DZR), για να σας προσφέρει, εκτός από την άριστη ιατρική περίθαλψη, και μια αξιόπιστη υπηρεσία όσον αφορά το θέμα του διακανονισμού. Έτσι επωφελέστε κι εσείς ως ασθενείς από τις εκτενείς παροχές μας.

Εσείς εμπιστεύεστε το γιατρό σας, αυτός εμπιστεύεται εμάς!

■ Δήλωση συγκατάθεσης

Η ανάληψη των εργασιών διακανονισμού από εμάς μειώνει σημαντικά το φόρτο εργασίας του οδοντίατρου σας. Το χρόνο που εξοικονομεί μπορεί να τον αφιερώσει 100% στην κύρια δραστηριότητά του: Την περίθαλψή σας!

Για τη συνεργασία απαιτείται η μεταβίβαση των προσωπικών σας δεδομένων στο Abz-zr. Ο οδοντίατρός σας επιτρέπεται να μεταβιβάσει τα προσωπικά σας δεδομένα, παρόλο το ιατρικό απόρρητο, μόνο με τη δική σας γραπτή συγκατάθεση.

Η προστασία και η ασφάλεια των προσωπικών σας δεδομένων είναι πολύ σημαντικά για μας και τα αντιμετωπίζουμε με μεγάλη σοβαρότητα.

Για το σκοπό αυτό έχουμε καθιερώσει εκτενή μέτρα προστασίας προσωπικών δεδομένων.

Παρακαλούμε να προσέξετε περαιτέρω πληροφορίες και υποδείξεις στο έντυπο δήλωσης συγκατάθεσης, καθώς και στο ενημερωτικό δελτίο «Πληροφορίες σχετικά με την προστασία προσωπικών δεδομένων των ασθενών».

Τα πλεονεκτήματά σας:

- Εκτενή μέτρα προστασίας προσωπικών δεδομένων
- Ασφαλής και αξιόπιστος χειρισμός των προσωπικών σας δεδομένων
- 100% επικέντρωση του οδοντίατρου σας σε σας και τη θεραπεία σας

■ Υπηρεσία επιστροφής χρημάτων

Ο οδοντίατρός σας ετοίμασε για σας ένα σχέδιο θεραπείας - αλλά η ιδιωτική σας ιατρική ασφάλεια/πρόσθετη ασφάλεια δεν αναλαμβάνει δυστυχώς εξολοκλήρου τα έξοδα; Ή έχετε ήδη λάβει το λογαριασμό του οδοντίατρου σας και η ιδιωτική σας ιατρική ασφάλεια ή η υπηρεσία επιχορήγησης έχουν ερωτηματικά; Αν παρουσιαστεί πρόβλημα σχετικά με την επιστροφή χρημάτων, η ομάδα των ειδικών μας θα σας προσφέρει προσωπική και εξατομικευμένη υποστήριξη.

Τα πλεονεκτήματά σας:

- Ταχεία υποστήριξη σε ερωτήσεις διακανονισμού και επιστροφής χρημάτων
- Εξατομικευμένες απόψεις, ανάλογα με την εκάστοτε περίπτωση, και βασισμένες σε επίκαιρες δικαστικές αποφάσεις και σχολιασμούς
- Εμπειρία 40 χρόνων υπηρεσίας επιστροφής χρημάτων
- Απλά και άνετα μέσω της ιστοσελίδας www.abz-zr.de/es

ABZ Zahnärztliches Rechenzentrum für Bayern GmbH
Postfach 14 54 | 82182 Gröbenzell
Τηλέφωνο +49 (0)8142 6520-6
Φαξ +49 (0)8142 6520-892

E-Mail tzv@abz-zr.de
www.abz-zr.de/tzv

Στοιχεία τραπεζής:
DZ BANK AG
BIC/Swift GENODEFF701
IBAN DE61 7016 0000 0000 1404 44

Διαχειριστές:
Martin Beer | Dr. Hartmut Ohm
Έδρα : Gröbenzell | Πρωτοδικείο: München HRB 104538

www.dzr.de | www.abz-zr.de

ABZ
Zahnärztliches Rechenzentrum
für Bayern GmbH
Patienten-Service
Postfach 14 54
82182 Gröbenzell

Γνωστοποιήστε μας τυχόν
πρόθεση πληρωμής σε δόσεις
μέσω διαδικτύου στη διεύθυνση
www.abz-zr.de/tzv

■ Διαλλακτική παράταση της προθεσμίας πληρωμής

Μερικές φορές οι λογαριασμοί έρχονται σε ακατάλληλη στιγμή. Όποιο κι αν είναι οι λόγοι, τα κέντρα Abz-zr σας προσφέρουν τη δυνατότητα να πληρώσετε το λογαριασμό αργότερα.

Τα πλεονεκτήματά σας:

- Συμφωνία απευθείας δια τηλεφώνου, χωρίς περιττή γραφειοκρατία
- Με διαλλακτικό τρόπο και με προσανατολισμό προς τον πελάτη
- Απλά και γρήγορα μέσω της ιστοσελίδας μας www.abz-zr.de/zv



■ Πρόθεση πληρωμής σε δόσεις

Η οικονομία στην υγεία των δοντιών σας μπορεί να αποβεί επώδυνη και δαπανηρή αργότερα. Συνεπώς ρωτήστε την/τον οδοντίατρό σας για την ιδανική φροντίδα. Με εμάς έχει το ιατρείο στο πλευρό του έναν πάροχο υπηρεσιών που προσφέρει ελκυστικά μοντέλα διακανονισμών για το ποσό της δικής σας συμμετοχής.

Τα πλεονεκτήματά σας:

- Ελάχιστη μηνιαία δόση ήδη από 25 ευρώ
- Διάρκεια μέχρι και 48 μήνες
- Σε συνολική διάρκεια 6 μηνών άτοκα και ατελώς
- Δυνατότητα συμφωνίας καθυστέρησης πληρωμής
- Ανά πάσα στιγμή δυνατότητα ειδικών πληρωμών ή πρόωρης εξόφλησης χωρίς κόστος
- Επικοινωνία χωρίς γραφειοκρατία - διαδικτυακά, μέσω της ιστοσελίδας www.abz-zr.de/tzv, μέσω ταχυδρομείου ή απευθείας μέσω τηλεφώνου

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.



Τόσο εύκολη είναι η πληρωμή σε δόσεις

Εσείς οι ίδιοι καθορίζετε το ύψος των δόσεων ή τη διάρκεια τους. Έτσι εσείς ρυθμίζετε πόσο μεγάλη θα είναι η μηνιαία επιβάρυνση. Εσείς επίσης αποφασίζετε, αν οι επιμέρους πληρωμές θα καταβάλλονται στην αρχή ή στα μέσα του μήνα.

Πώς λειτουργεί η άτοκη πληρωμή σε δόσεις

Εφόσον πληρώνετε τον λογαριασμό σε **2 έως το ανώτατο 6** ισόποσες δόσεις, δεν υπάρχουν επιπλέον έξοδα που απορρέουν από **την πληρωμή σε δόσεις**. Προϋπόθεση είναι να **λάβουμε την πρόθεση μερικής πληρωμής και την πρώτη δόση καταβολής εντός 30 ημερών από την ημερομηνία που αναγράφεται στο λογαριασμό**. Επιπλέον θα πρέπει να εξοφλήσετε το ποσό του λογαριασμού ολοκληρωτικά εντός 6 μηνών από την ημερομηνία του λογαριασμού.

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	0,43 % ανά μήνα*
	13–48 μήνες	0,63 % 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. * Το επιτόκιο προϋποθέτει τη γνωστοποίηση της πρόθεσης για πληρωμή με δόσεις εντός 30 ημερών από την ημερομηνία έκδοσης του τιμολογίου.

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 (μέγ. 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.abz-zr.de/tzv.

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 / 1.052,00
2.000,00	333,00	176,00 / 2.103,00
5.000,00	833,00	438,00 / 5.258,00
10.000,00	1.667,00	874,00 /10.516,00
20.000,00	3.333,00	1.748,00 /21.032,00
Τόκοι ανά μήνα	0 %	0,43 %
Πραγματικό επιτόκιο	0 %	9,85 %
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 (μέγ. 48 μήνες).

Πρόθεση πληρωμής σε δόσεις

Ναι, επιθυμώ την πληρωμή σε δόσεις!

Παρακαλούμε συμπληρώστε το παρόν έντυπο αμέσως μετά τη λήψη του λογαριασμού σας και αποστείλετε στην ABZ-ZR. Λάβετε υπόψη σας ότι μπορούμε να επεξεργαστούμε την πρόθεση πληρωμής σε δόσεις **μόνο σε συνδυασμό με τον αριθμό λογαριασμού ABZ-ZR**.

Αριθμός/οι λογαριασμού (να αναφέρονται οπωσδήποτε)	Ποσό λογαριασμού
Επώνυμο/όνομα	
Οδός/αριθμός	
Ταχ. κώδικας/πόλη	
Ημερομηνία γέννησης	Τηλέφωνο για πληροφορίες
My dental practice	

Παρακαλούμε επιλέξτε

	ή	
το ύψος της μηνιαίας δόσης (τουλάχιστον 25,00 ευρώ)		η διάρκεια (σε μήνες) (το ανώτερο 48 μήνες)

επιθυμητή έναρξη καταβολής πληρωμών/ημερομηνία πληρωμής

κάθε 1η μέρα του μήνα κάθε 15η μέρα του μήνα

Χρησιμοποιώ online banking και δε χρειάζομαι έντυπο εμβάσματος.

Τόπος/ημερομηνία	Υπογραφή του παραλήπτη λογαριασμού
------------------	------------------------------------

Teilzahlungswunsch

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 ABZ-ZR.

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 ABZ-ZR.

Ja, ich möchte die Teilzahlung nutzen!

Bitte gleich nach Erhalt Ihrer Rechnung dieses Formular ausfüllen und an ABZ-ZR senden. Bedenken Sie, dass Ihr Teilzahlungswunsch **nur in Verbindung mit der ABZ-ZR-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. für Rückfragen

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

Ich nutze Online-Banking und benötige daher keine Überweisungsträger.

Ort/Datum

Unterschrift des Rechnungsempfängers

08.18-2V.

ABZ
Zahnärztliches Rechenzentrum
für Bayern GmbH
Patienten-Service
Postfach 14 54
82182 Gröbenzell