



Заманчивые предложения и возможность оплаты частями

Ваш стоматолог сотрудничает с нами, Немецким зубоорудительным центром обработки данных (DZR), чтобы вы помимо качественной медицинской помощи также получили оптимальный набор услуг в сфере денежных расчетов. Поэтому вы, как пациент, также сможете воспользоваться нашими комплексными предложениями.

Вы доверяете вашему стоматологу, он доверяет нам!

■ Заявление о согласии

При расчете через нашу службу ваш стоматолог полностью освобождается от административной работы. Благодаря тому, что ваш стоматолог экономит время, он может полностью сосредоточиться на своей основной деятельности: на вашем лечении!

Для дальнейшей работы потребуется передача ваших персональных данных в Abz-zr. Из-за врачебной тайны ваш стоматолог может передавать нам персональные данные только с вашего письменного разрешения.

Мы уделяем большое внимание защите и безопасности персональных данных.

Для этого мы разработали ряд комплексных мероприятий по их защите.

Обратите внимание на информацию и примечания, представленные в формуляре заявления о согласии а также в памятке «Информация о защите данных для пациентов».

Преимущества для вас:

- Комплексные мероприятия по защите персональных данных
- Бережное обращение с персональными данными
- Все внимание стоматолога сосредоточено на вас и вашем лечении

■ Возмещение расходов

Ваш стоматолог составил для вас план лечения, а страховая компания еще не дала согласие на оплату расходов? Или вы уже направили счет от стоматолога, и теперь у страховой компании или органа по оказанию материальной поддержки есть вопросы? В случае возникновения проблем с возмещением расходов наши эксперты окажут вам персональную помощь.

Преимущества для вас:

- Оперативная помощь в вопросах денежных расчетов и возмещения расходов
- Индивидуальная оценка отдельно взятых случаев на основе актуальных решений суда и предоставление комментариев
- Опыт работы в сфере услуг по возмещению расходов более 40 лет
- Простое и удобное взаимодействие через www.abz-zr.de/es

ABZ Zahnärztliches Rechenzentrum für Bayern GmbH

Postfach 14 54 | 82182 Gröbenzell
Телефон +49 (0)8142 6520-6
Факс +49 (0)8142 6520-892

Эл. почта tzv@abz-zr.de
www.abz-zr.de/tzv

Банковские реквизиты:

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

Управляющий фирмой:

Martin Beer | Dr. Hartmut Ohm
Местонахождение Gröbenzell |
суд низшей инстанции: München HRB 104538

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

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

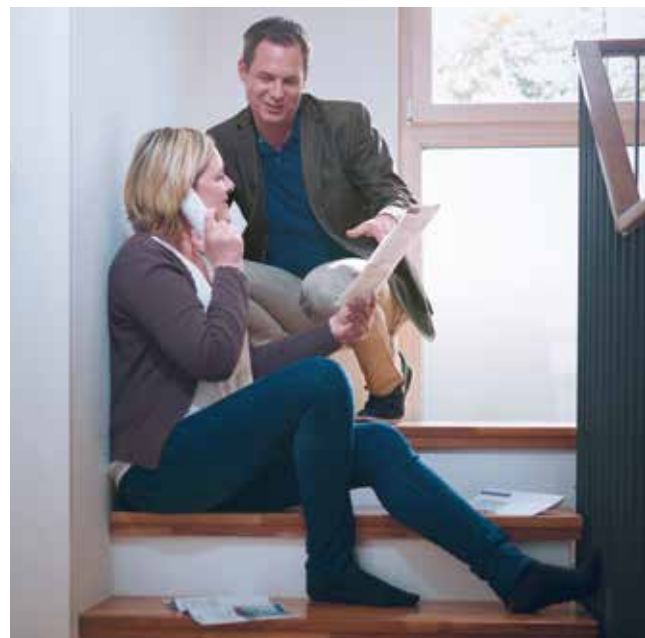
Сообщите о своем желании
произвести оплату частями на
веб-странице www.abz-zr.de/tzv

Продление платежа

Иногда счета приходят совсем не вовремя. Поэтому Abz-zr предлагает вам возможность оплаты счета в более поздний срок.

Преимущества для вас:

- Согласование непосредственно по телефону, без лишней бюрократии
- Приемлемые условия и ориентация на пациента
- Простое и быстрое взаимодействие через сайт www.abz-zr.de/zzv



Оплата по частям

Если экономить на здоровье зубов, через несколько лет это может привести к болезненному лечению и большим расходам. Поэтому узнайте у своего стоматолога все о профилактике, которая подойдет именно вам. В нашем лице клиника предоставляет вам поставщика услуг, который предлагает заманчивые способы оплаты лечения по частям в случае вашего участия в расходах.

Преимущества для вас:

- Минимальный ежемесячный взнос от 25 евро
- Индивидуальный срок оплаты до 48 месяцев
- Для общего срока оплаты до 6 месяцев без взыскания процентов или сборов
- Возможность отсрочки части платежа
- Возможность внесения отдельных платежей и досрочного погашения без дополнительных взносов в любое время
- Взаимодействие без лишней бюрократии — через сайт www.abz-zr.de/tzv, по почте или непосредственно по телефону

Внимание!

Перевод нашего формуляра для частичного платежа на Ваш родной язык является просто услугой. Поскольку необходимо применять не-мецкое право, мы можем рассмотреть вопрос о желаемом Вами частичном платёже только в том случае, если Вы предоставите нам подписанное заявление в немецкоязычном оригинале.

Благодарим Вас за понимание.

Соблюдайте указания на странице 3.



Так просто делается оплата по частям

Вы сами определяете размер взносов или продолжительность срока оплаты. Решение о том, сколько Вам придется платить в месяц, находится в Ваших руках. Вы также определяете сроки отдельных платежей: начало или середина месяца.

Так производится бесплатная оплата по частям

Если Вы оплачиваете счет равномерными взносами за 2 до максимально 6 месяцев, для оплаты по частям не возникает дополнительных расходов. Условием является Ваше желание оплаты платежей в рассрочку и получение нами первого взноса в течение 30 дней с даты выставления счета. Кроме того Вы обязаны в течение 6 месяцев со дня выставления счета полностью оплатить сумму.

Сроки и стоимость

При соглашении купли-продажи на условиях платежа в рассрочку с общим сроком действия более 6 месяцев с даты выставления счета возникают следующие расходы на финансирование:

Судные проценты в месяц:	7–12 месяцев	0,43 % в м-ц*
	13–48 месяцев	0,63 % в м-ц

Условия и расходы на финансирование (проценты в месяц) указываются в направляемом Вам отдельно соглашении купли-продажи на условиях платежа в рассрочку – проценты от непоплаченной суммы счета взимаются с даты выставления счета.
* Процентная ставка предусматривает подачу заявления о желании произвести оплату частями в течение 30 дней с даты выставления

Минимальный ежемесячный взнос составляет **25,- евро**, максимальный срок оплаты - 48 месяцев.

Отсрочка части платежа: Чтобы помочь Вам преодолеть возможные финансовые затруднения, мы предлагаем бесплатную отсрочку части платежа (не более одного частичного платежа за каждый год действия соглашения). Достаточно короткого письменного сообщения.
Отдельные платежи: Вы можете бесплатно производить отдельные платежи в любое время.

Досрочное расторжение: Соглашение купли-продажи на условиях платежа в рассрочку может быть досрочно расторгнуто в любое время без дополнительных затрат.

Вы можете просто запросить предложение на оплату по частям вместе с прилагаемым заявлением на оплату по частям или получить его по адресу www.abz-zr.de/tzv.

Примеры:

Срок оплаты/месяцы со дня выставления счета	6 месяцев (без дополнительных расходов)	12 месяцев
Сумма счета в евро	Ежемесячный взнос/общая сумма в евро (округленное значение)	
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	439,00 / 5.258,00
10.000,00	1.667,00	877,00 /10.516,00
20.000,00	3.333,00	1.753,00 /21.032,00
Проценты в месяц	0 %	0,43 %
Эффективная процентная ставка	0 %	9,85 %
Минимальный взнос в евро	25,00	25,00

Ежегодная эффективная процентная ставка и размер минимального взноса зависят от индивидуальных факторов, например, от поступления первого взноса и общего срока действия соглашения (макс. 48 месяцев).

Заявление на оплату по частям

Да, я хочу произвести оплату по частям!

Сразу же после получения счета заполните данный формуляр и отправьте в ABZ-ZR. Обратите внимание, что ваша заявка на оплату по частям может быть обработана **только при указании номера счета ABZ-ZR.**

№ (№№) счета(ов) (обязательно указать) _____ Сумма счета _____

Свое индивидуальное соглашение купли-продажи на условиях платежа в рассрочку Вы получите в течение нескольких дней. **Обратите внимание:** Объединение нескольких счетов в одном соглашении невозможно.

Получатель счета

Имя/фамилия _____

Улица/№ дома _____

Почтовый индекс/населенный пункт _____

Дата рождения _____ Номер телефона для обратной связи _____

Мой стоматологический кабинет _____

размер ежемесячного взноса (минимум 25,- евро) _____ или _____ срок оплаты (месяцы) (максимально 48 месяцев)

желаемое начало оплаты/дата оплаты _____ к 01-му каждого месяца _____ к 15-му каждого месяца _____

Я пользуюсь интернет-банкингом и поэтому бланк перевода мне не требуется. _____

Место/дата _____ Подпись получателя счета _____

Teilzahlungswunsch

Последовательность Ваших действий:

Вариант № 1:

1. Заполните данный формуляр на Вашем родном языке (стр. 2) на ПК с помощью программы Acrobat Reader. Ваши данные будут автоматически перенесены в формуляр на немецком языке.
2. Пожалуйста, распечатайте формуляр на немецком языке
3. Подпишите заявление
4. Сложите лист вдвое, вложите его в конверт с прозрачным окошком, отдайте конверт Вашему зубному врачу или отправьте по почте на адрес ABZ-ZR

Вариант № 2:

1. Распечатайте эту страницу
2. Заполните заявление и подпишите его
3. Сложите лист вдвое, вложите его в конверт с прозрачным окошком, отдайте конверт Вашему зубному врачу или отправьте по почте на адрес 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