

خدمات ما برای شما



پیشنهادات جذاب برای پرداخت قسطی و خدمات

دندانپزشک شما تصمیم گرفته است با ما، مرکز داده های دندانپزشکی آلمان (DZR)، همکاری کند تا بتواند علاوه بر ارائه بهترین درمان پزشکی ممکن، خدمات مبتنی بر اعتماد کامل در زمینه تسویه حساب نیز عرضه نماید. در نتیجه، شما نیز به عنوان بیمار از خدمات جامع ما بهره مند می شوید.

شما به دندانپزشک خود اعتماد می کنید، او به ما اعتماد می کند!

اعلام موافقت

زحمت انجام امور اداری برای دندان پزشک شما از طریق تسویه حساب توسط ما به صورت قابل ملاحظه ای کاهش می یابد. با این صرفه جویی در زمان، دندانپزشک شما می توان به صورت 100 درصد روی فعالیت اصلی خود متمرکز شود: درمان شما!

ارائه اطلاعات شما به DZR برای همکاری الزامی است. دندانپزشک شما تنها با اجازه کتبی شما مجاز به انتقال اطلاعات شخصی شما به ما با وجود تعهد به حفظ اسرار پزشکی می باشد.

حفاظت و امنیت اطلاعات شخصی شما برای ما بسیار مهم است و ما آن را بسیار جدی گرفته ایم. برای این منظور اقدامات جامعی برای حفظ حریم خصوصی مقرر کرده ایم.

لطفا به اطلاعات بیشتر و توصیه های موجود در فرم اعلام موافقت و برگه راهنمای «اطلاعات مربوط به حفظ حریم خصوصی برای بیماران» توجه نمایید.

مزایای شما:

- اقدامات جامع حفظ حریم خصوصی
- پردازش ایمن و مبتنی بر اعتماد کامل اطلاعات شخصی شما
- تمرکز 100 درصد دندانپزشک روی شما و درمانتان

خدمات بازپرداخت

دندانپزشک شما یک برنامه درمانی برای شما تهیه کرده است - اما بیمه خدمات درمانی خصوصی بیمه تکمیلی شما متأسفانه با پرداخت هزینه کامل موافقت نکرده است؟ یا شما قبلاً صورت حساب دندانپزشک خود را ارائه کرده اید و در حال حاضر سوالاتی از جانب بیمه خدمات درمانی خصوصی شما یا مرکز امداد وجود دارد؟ گروه کارشناسان ما در هنگام بروز مشکلات در بازپرداخت هزینه ها، به طور شخصی و فردی از شما پشتیبانی می کند.

مزایای شما:

- پشتیبانی سریع در امور تسویه حساب و بازپرداخت ها
- اظهار نظر شخصی و موردی بر اساس احکام و نظرات فعلی دادگاه
- تجربه 40 سال خدمات بازپرداخت
- ساده و راحت از طریق www.dzr.de/es

DZR Deutsches Zahnärztliches
Rechenzentrum GmbH
شعبه FRH

Postfach 10 15 41 | 70014 Stuttgart
تلفن +49 (0)711 99373-4000
فکس +49 (0)711 99373-4030

ایمیل info.frh@dzr.de
www.dzr.de/tzv

حساب بانکی

APO Bank

کد شناسه بانکی DAAEDEDXXX

شبا DE82 3006 0601 0006 6688 87

مدیر عامل

کنراد بوماس | توماس شلهورن | توماس شیفر

مکان و دادگاه منطقه ای: Stuttgart HRB 6658

www.dzr.de

درخواست پرداخت به صورت اقساط را به صورت آنلاین به نشانی زیر ارسال کنید
www.dzr.de/tzv

DZR Deutsches Zahnärztliches
Rechenzentrum GmbH

شعبه FRH

خدمات - بیمار

Postfach 10 15 41

70014 Stuttgart

خدمات ما برای شما

تمدید متناسب موعد پرداخت

صورت حساب ها گاهی خیلی بی موقع دریافت می شوند. دلیل آن هر چه باشد، DZR این امکان را برای شما فراهم می کند که صورت حساب را در زمان دیرتری پرداخت کنید.

مزایای شما:

- هماهنگی به صورت مستقیم با تلفن بدون بوروکراسی غیر ضروری
- متناسب و مطابق شرایط بیمار
- ساده و سریع از طریق صفحه اصلی ما به نشانی

www.dzr.de/zzv



درخواست پرداخت به صورت اقساط

صرفه جویی در هزینه کردن برای سلامت دندانان ممکن است چند سال بعد عواقب دردناکی داشته باشد و برای شما گران تمام شود. به همین دلیل از دندانپزشک خود درباره بهترین درمان ممکن برای خود سوال کنید. با حضور ما، مطب یک ارائه دهنده خدمات در کنار شما دارد که مدل های پرداخت اقساطی جذابی را برای مشارکت شما ارائه می دهد.

مزایای شما:

- حداقل نرخ ماهیانه از 25 یورو
- زمان های بازپرداخت شخصی تا 48 ماه
- در صورت مدت بازپرداخت کلی تا 6 ماه بدون بهره و کارمزد
- توافق در مورد تمدید بازپرداخت اقساط امکان پذیر است
- پرداخت های فوق العاده یا تسویه حساب پیش از موعد در هر زمانی به صورت رایگان ممکن است
- تماس آسان – به صورت آنلاین از طریق **www.dzr.de/tzv**، از طریق پست یا مستقیما به وسیله تلفن

لطفا توجه داشته باشید

که ترجمه فرم درخواست ما به زبان شما یک خدمت داوطلبانه از طرف ما می باشد. به دلیل اعمال قوانین آلمان، ما درخواست پرداخت قسطی شما را تنها زمانی می توانیم پردازش کنیم که شما اصل تقاضانامه امضاشده به زبان آلمانی را به ما ارائه نمایید.

مایلیم بابت درک شما در این زمینه از شما تشکر کنیم.

لطفاً به دستورالعمل های ارائه شده در صفحه 3 توجه نمایید.



زمان های بازپرداخت و هزینه ها

در صورت توافق در مورد پرداخت به صورت اقساط با موعد بازپرداخت کلی بیش از 6 ماه از تاریخ صورت حساب، **هزینه های مالی** زیر باید پرداخت شود:

بهره ماهیانه:	7–12 ماه	0,43 % در هر ماه*
	13–48 ماه	0,63 % در هر ماه.

شرایط و هزینه های مالی (بهره ماهیانه) در قرارداد پرداخت اقساطی که جداگانه برای شما ارسال می شود، درج می گردد- بهره ها از تاریخ صورت حساب از مبلغ صورت حساب باز وصول می شوند.
* نرخ بهره منوط به دریافت درخواست پرداخت اقساطی ظرف 30 روز از تاریخ صورت حساب می باشد.

حداقل نرخ ماهیانه به مبلغ **25، – یورو**، حداکثر موعد بازپرداخت نهایتاً 48 ماه.

تمدید زمان بازپرداخت اقساط: برای آن که شما بتوانید تنگنای اقتصادی احتمالی را پشت سر بگذارید، ما تمدید زمان بازپرداخت اقساط به صورت رایگان را به شما پیشنهاد می کنیم (حداکثر یک قسط به ازای هر سال زمان بازپرداخت). یک پیام کتبی کوتاه کفایت می کند.
پرداخت های فوق العاده: شما می توانید هر زمانی پرداخت های فوق العاده داشته باشید.

تسویه حساب پیش از موعد: قرارداد پرداخت اقساطی را می توان در هر زمان و بدون هزینه اضافی تسویه نمود.

شما می توانید پیشنهاد پرداخت اقساطی خود را به راحتی همراه با درخواست پرداخت اقساطی پیوست شده یا از طریق نشانی **www.dzr.de/tzv** درخواست کنید.

مثال ها:

زمان بازپرداخت‌ماه از تاریخ صورت حساب	6 ماه (بدون هزینه)	12 ماه	
مبلغ صورت حساب به یورو	نرخ ماهیانه ۱ مبلغ کل به یورو (رند شده)		
1.000، –	167، –	88، – / 1.052، –	
2.000، –	333، –	176، – / 2.103، –	
5.000، –	833، –	439، – / 5.258، –	
10.000، –	1.667، –	877، – / 10.516، –	
20.000، –	3.333، –	1.753، – / 21.032، –	
بهره ماهانه	0 %	0,43 %	
نرخ بهره موثر	0 %	9,85 %	
حداقل نرخ به یورو	25، –	25، –	

نرخ بهره موثر سالانه و میزان حداقل نرخ به عوامل شخصی، به طور مثال دریافت اولین قسط و زمان بازپرداخت کلی (حداکثر 48 ماه) بستگی دارد.

درخواست پرداخت به صورت اقساط

بله، من می خواهم از پرداخت اقساطی استفاده کنم!

لطفاً به محض دریافت صورت حساب خود، این فرم را پر کرده و برای DZR بفرستید. لطفاً در نظر داشته باشید که درخواست پرداخت اقساطی شما تنها در ارتباط با **شماره صورت حساب DZR** قابل بررسی می باشد.

شماره (های) صورت حساب (حتماً درج کنید)	مبلغ صورت حساب
---	----------------

شما ظرف چند روز قرارداد پرداخت اقساطی شخصی خود را دریافت خواهید کرد. **لطفا توجه داشته باشید:** امکان تجمیع چندین صورت حساب در یک توافق وجود ندارد.

دریافت کننده صورت حساب

نام خانوادگی	
---------------------	--

خیابان/پلاک	
--------------------	--

کدپستی/مکان	
--------------------	--

تاریخ تولد	شماره تلفن برای سوالات
-------------------	------------------------

مطب دندانپزشکی من	
--------------------------	--

لطفاً انتخاب کنید

میزان قسط ماهانه (حداقل 25،– یورو ماهانه)	یا	زمان بازپرداخت (به ماه) (حداکثر 48 ماه)
--	----	--

و زمان شروع پرداخت **اموعد پرداخت دلخواه:**

در اول یک ماه

من از باتکداری آنلاین استفاده می کنم و بنابراین نیازی به فرم انتقال وجه ندارم.

مکان/تاریخ	امضای دریافت کننده صورت حساب
-------------------	------------------------------

Teilzahlungswunsch

لطفا طبق مراحل زیر پیش بروید:

گزینه 1:

1. فرم را به زبان خودتان (صفحه 2) در کامپیوتر شخصی و با استفاده از آکرویات ریدر پر کنید. اطلاعات شما به طور خودکار وارد فرم آلمانی می شوند.
2. لطفاً فرم آلمانی را پر کنید.

3. تقاضانامه را امضا کنید

4. برگه را دو بار تا کنید، آن را در یک پاکت نامه پنجره دار قرار داده و آن را مستقیماً به دندانپزشک خود تحویل بدهید یا به وسیله پست به DZR ارسال نمایید

گزینه 2:

1. این صفحه را چاپ کنید

2. تقاضانامه را پر کرده و آن را امضا نمایید

3. برگه را دو بار تا کنید، آن را در یک پاکت نامه پنجره دار قرار داده و آن را مستقیماً به دندانپزشک خود تحویل بدهید یا به وسیله پست به DZR ارسال نمایید

Ja, ich möchte die Teilzahlung nutzen!

Bitte gleich nach Erhalt Ihrer Rechnung dieses Formular ausfüllen und an DZR senden. Bedenken Sie, dass Ihr Teilzahlungswunsch **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. 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

DZR Deutsches Zahnärztliches
Rechenzentrum GmbH
Niederlassung FRH
Patienten-Service
Postfach 10 15 41
70014 Stuttgart