

Païement à tempérament



- simple, rapide et sans bureaucratie
- versement mensuel minimum de 25,- euros
- durée contractuelle individuelle jusqu'à 48 mois
- report de versements
- versement exceptionnel ou paiement anticipé possible à tout moment et sans frais
- pour une durée contractuelle totale allant jusqu'à 6 mois, sans intérêt ni frais

ABZ Zahnärztliches Rechenzentrum für Bayern GmbH

Postfach 14 54 | 82182 Gröbenzell
Oppelner Straße 3 | 82194 Gröbenzell
Tél +49 (0)8142 6520-6
Fax +49 (0)8142 6520-892

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

Coordonnées bancaires :

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

Gérant :

Dr. Walter Donhauser | Martin Beer | Dr. Hartmut Ohm
Siège : Gröbenzell | tribunal d'instance cantonal : München HRB 104538

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

Transmettre votre souhait de
païement échelonné en ligne
sur www.abz-zr.de/tzv



Attention !

La traduction de notre formulaire de paiement partiel dans votre langue maternelle est une simple prestation de service. Le droit allemand s'appliquant, nous ne pouvons traiter votre demande de paiement partiel que si vous mettez à notre disposition la demande signée sur le texte original en langue allemande.

Nous vous remercions pour votre compréhension.

Respectez dans ce cas les indications de la page 3.

Durées contractuelles et frais

Dans le cas d'une convention de paiement échelonné ayant une durée de validité totale supérieure à 6 mois à compter de la date de facture, les **frais de financement suivants sont occasionnés** :

Intérêts mensuels :

7-12 mois	0,43 % p. m.*
13-48 mois	0,63 % p. m.

Les conditions et les frais de financement (intérêts par mois) vous seront communiqués dans la convention de paiement échelonné que vous recevrez séparément. Les intérêts s'appliquent à partir de la date de la facture, sur le montant de la facture en suspens.

* Le taux d'intérêt suppose une réception du souhait de paiement échelonné sous 30 jours à compter de la date de facture.

Le **versement mensuel minimum** est de 25,- euros, la durée contractuelle maximale est de 48 mois.

Différé de mensualité : Pour que vous puissiez surmonter d'éventuelles difficultés financières, nous vous proposons le différé de mensualité gratuit (au maximum une mensualité par année de validité). Une courte notification par écrit suffit. **Paievements exceptionnels** : À tout moment vous pouvez effectuer, sans frais, des paiements exceptionnels.

Remboursement avant terme : La convention de paiement échelonnée peut à tout moment faire l'objet d'un remboursement avant terme, sans frais supplémentaires. Demandez tout simplement votre offre de paiement échelonné en envoyant votre souhait de paiement échelonné ci-joint ou sur notre site www.abz-zr.de/tzv.

Exemples :

Durée contractuelle/mois à compter de la date de la facture	6 mois (sans frais)	12 mois
Montant de la facture en euros	Mensualités / montant total en euros (arrondi)	
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 / 10 519,00
20 000,00	3 333,00	1 753,00 / 21 032,00
Intérêts mensuels	0%	0,43%
Intérêts effectifs	0%	9,85%
Versement minimum en euros	25,00	25,00

Les intérêts effectifs annuels et le montant de la mensualité minimale dépendent de facteurs individuels, p. ex. de la réception de la 1ère mensualité et de la durée de validité totale (max. 48 mois).

Mais, en cas de traitement dentaire, les économies peuvent s'avérer douloureuses et chères. Demandez donc à votre dentiste votre soin optimal. Nous sommes aux côtés du cabinet en tant que prestataire de services offrant des modèles de financement intéressants pour votre ticket modérateur.

Le paiement échelonné est tellement simple

Vous déterminez vous-même le montant des mensualités ou la période de remboursement. C'est vous qui décidez du montant que vous pouvez payer chaque mois. Vous décidez aussi si les différents paiements ont lieu en début ou en milieu du mois.

Voici comment fonctionne le paiement échelonné sans frais

Si vous payez votre facture en **2 à maximum 6** versements mensuels équivalents, le paiement échelonné ne vous occasionne aucun frais. Ceci à condition que **nous recevions votre demande de paiement échelonné et la première mensualité dans les 30 jours après la date de facture**. En outre, vous devez régler intégralement le montant de la facture sous 6 mois à compter de la date de la facture.

Paiement à tempérament

Oui, je souhaite profiter du paiement échelonné !

Merci de remplir ce formulaire directement après réception de votre facture et de l'envoyer à la ABZ-ZR. Tenez compte du fait que votre souhait de paiement échelonné ne peut être traité **qu'en relation avec le numéro de facture de la ABZ-ZR**.

N° de facture (à indiquer impérativement) Montant de la facture

Sous quelques jours, vous recevez votre convention de paiement échelonné individuelle. **Veillez noter** : Il n'est pas possible de regrouper plusieurs factures d'une convention.

Destinataire de la facture

Prénom/nom de famille

Rue/numéro

Code postal/ville

Date de naissance

N° de téléphone

My dental practice

Please select

le montant du versement mensuel (au moins 25,- euros)

ou

la durée contractuelle (mois) (au maximum 48 mois)

le début du paiement souhaité/la date du paiement souhaitée

le 1er du mois

le 15 du mois

J'utilise les services bancaires en ligne et je n'ai ainsi pas besoin de formulaire de virement bancaire.

Lieu/Date

Signature du destinataire de la facture/du patient

01.18-23V.

Veillez détacher le long de la perforation

Teilzahlungswunsch

Voici les étapes à suivre :

Variante 1 :

1. Remplissez ce formulaire dans votre langue (page 2) sur votre ordinateur à l'aide d'Acrobat Reader. Vos données sont automatiquement reprises dans le formulaire en allemand.

2. Imprimez le formulaire en allemand

3. Signez la demande

4. Pliez la feuille en deux, glissez-la dans une enveloppe à fenêtre, déposez-la directement chez votre dentiste ou envoyez-la par la poste à ABZ-ZR

Variante 2 :

1. Imprimez cette page

2. Remplissez la demande et signez-la

3. Pliez la feuille en deux, glissez-la dans une enveloppe à fenêtre, déposez-la directement chez votre dentiste ou envoyez-la par la poste à ABZ-ZR

Ja, ich möchte die Teilzahlung nutzen!

Bitte gleich nach Erhalt Ihrer Rechnung dieses Formular ausfüllen und an das 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.

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/Patienten

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

01.18-23V.