

Pagamento rateale



- facile, rapido e senza cavilli burocratici
- rata minima mensile a partire da 25,- euro
- durata individuale di validità pari a massimo 48 mesi
- sospensione delle rate
- possibilità di effettuare in ogni momento e senza spese un pagamento speciale o un'estinzione anticipata
- fino a 6 mesi senza interessi e commissioni

ABZ Zahnärztliches Rechenzentrum für Bayern GmbH

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

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

Coordinate bancarie:

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

Amministratore:

Dr. Walter Donhauser | Martin Beer | Dr. Hartmut Ohm
Sede: Gröbenzell | Tribunale: München HRB 104538

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

**Trasmmissione online
della richiesta di
pagamento rateale presso
www.abz-zr.de/tzv**



Attenzione:

La traduzione del nostro modulo di pagamento rateale nella vostra lingua materna è solo un servizio offerto. Dato che va applicato il diritto tedesco, possiamo occuparci della vostra richiesta di pagamento rateale solo se ci fate pervenire la richiesta firmata sull'originale in tedesco.

Vi ringraziamo per la vostra comprensione.

Attenetevi alle indicazioni riportate a pagina 3.

Durata di validità e spese

In caso di un accordo per un pagamento rateale con una durata complessiva superiore ai 6 mesi dalla data di fatturazione si hanno le seguenti **spese di finanziamento**:

Interessi mensili:	
7-12 mesi	0,43 % al mese*
13-48 mesi	0,63 % al mese

Le condizioni e le spese di finanziamento (interessi mensili) sono indicati nell'accordo di pagamento rateale a Lei pervenuto separatamente – gli interessi sono aumentati dalla data di fatturazione sull'importo di fatturazione in sospeso.

* Il tasso d'interesse presuppone un pervenimento della richiesta di pagamento rateale entro 30 giorni a partire dalla data della fattura.

La **rata mensile minima** è di **25,- euro**, la durata massima di validità è di 48 mesi.

Dilazione delle rate: Per poter superare un eventuale momento di ristrettezza finanziaria, Le offriamo la dilazione gratuita delle rate (max. una rata per anno di contratto). Basta una breve comunicazione scritta. **Pagamenti straordinari:** In qualsiasi momento può effettuare dei pagamenti straordinari gratuitamente.

Chiusura anticipata: L'accordo di rateazione può essere chiuso in anticipo in qualsiasi momento e senza ulteriori costi. Richieda un'offerta di pagamento rateale avvalendosi della richiesta allegata o visitando il sito www.abz-zr.de/tzv.

Esempi

Durata di validità/mesi a partire dalla data di fatturazione	6 mesi <small>(nessuna spesa aggiuntiva)</small>	12 mesi
Ammontare della fattura in euro	Rata mensile / importo complessivo in euro (arrotondato)	
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
Interessi mensili	0 %	0,43 %
interesse effettivo	0 %	9,85 %
Rata minima in euro	25,00	25,00

L'interesse effettivo annuale e l'ammontare della rata minima dipendono da fattori individuali, ad esempio dal pervenimento della 1a rata e dalla durata complessiva (max. 48 mesi).

Richiesta di pagamento rateale

Sì, desidero avvalermi della possibilità di pagamento rateale!

Subito dopo aver ricevuto la Sua fattura, la preghiamo di compilare questo modulo e di inviarlo alla ABZ-ZR. Tenga presente che la sua richiesta di pagamento a rate potrà essere elaborata **solo se collegata al numero di fattura della ABZ-ZR.**

[Empty input field for invoice number]

(Indicare assolutamente il numero della fattura) Ammontare della fattura

Entro pochi giorni riceverà il suo accordo di rateazione personalizzata. **La preghiamo di osservare che** non è possibile accorpare più fatture in un unico accordo.

Destinatario/a della fattura

[Empty input field for name/surname]

Nome/Cognome

[Empty input field for address]

Via/N° civico

[Empty input field for CAP/Località]

CAP/Località

[Empty input field for date of birth]

Data di nascita

N° di telefono

[Empty input field for phone number]

My dental practice

Si prega di selezionare

[Empty input field for monthly rate]

l'ammontare della rata mensile (minimo 25,- euro)

oppure

la durée contractuelle (mesi) (massimo 48 mesi)

quando iniziare ad effettuare i pagamenti / il termine di pagamento

entro il 1° di ogni mese

entro il 15° giorno di ogni mese

Utilizzo l'online banking, quindi non mi servono i moduli per i bonifici.

[Empty input field for locality/data]

Località/Data

Firma del/della destinatario/a della fattura o del/della paziente

01.18-23V.

Staccare lungo la fustellatura

Teilzahlungswunsch

Procedere come segue:

Variante 1:

1. Compili questo modulo al PC con Acrobat Reader nella Sua lingua (pagina 2). I Suoi dati verranno acquisiti automaticamente nel modulo in tedesco.

2. Stampi il modulo in tedesco

3. Firmare la richiesta

4. Piegare il foglio due volte, metterlo in una busta con finestra e consegnarlo direttamente al dentista o inviarlo per posta a ABZ-ZR

Variante 2:

1. Stampare questa pagina

2. Compilare la richiesta e firmarla

3. Piegare il foglio due volte, metterlo in una busta con finestra e consegnarlo direttamente al dentista o inviarlo per posta a 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.