

Rata



- łatwo, szybko i niebiurokratycznie
- miesięczna rata minimalna w wysokości 25, – euro
- indywidualne czasy spłaty do 48 miesięcy
- odroczenie terminu płatności rat
- możliwość częściowej nadpłaty lub przedterminowej spłaty całego kredytu w dowolnym momencie i bez ponoszenia dodatkowych kosztów
- całkowity czas spłaty wynoszący maksymalnie 6 miesięcy nie jest obciążony odsetkami i opłatami

ABZ Zahnärztliches Rechenzentrum für Bayern GmbH

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

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

Powiązanie bankowe:

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

Kierownik firmy:

Dr. Walter Donhauser | Martin Beer | Dr. Hartmut Ohm
Siedziba: Gröbenzell | Sąd rejonowy: München HRB 104538

ABZ

Zahnärztliches Rechenzentrum
für Bayern GmbH

Patienten-Service

Postfach 14 54
82182 Gröbenzell

**Wniosek o udzielenie
płatności ratalnej można
przesłać za pośrednictwem
strony www.abz-zr.de/tzv**



Uwaga,

tłumaczenie naszego formularza spłat ratalnych na Pani/ Pana język ojczysty jest naszą usługą dodatkową. Ponieważ stosowane jest prawo niemieckie, Pani/Pana życzenie spłaty ratalnej możemy wziąć pod uwagę tylko wtedy, gdy otrzymamy oryginał niemieckiego formularza podpisany przez Panią/Pana.

Dziękujemy za zrozumienie.

Proszę przy tym wziąć pod uwagę wskazówki ze strony 3.

Czas trwania i koszty

Przy płatności w ratach z łącznym okresem kredytowania dłuższym niż 6 miesięcy powstają następujące **koszty finansowania**:

odsetki na miesiąc:

7–12 miesięcy	0,43 % na miesiąc*
13–48 miesięcy	0,63 % na miesiąc

Warunki i koszty finansowania (comiesięczne odsetki) zostaną wyszczególnione w odrębnie umowie spłat ratalnych, przesłanej Państwu osobno – odsetki od dnia wystawienia rachunku zostaną pobrane z niezapłaconej kwoty rachunku.

* Warunkiem jest wpłynięcie wniosku o udzielenie płatności ratalnej w ciągu 30 dni od daty wystawienia rachunku.

Miesięczna rata minimalna wynosi **25,- euro**, a maksymalny czas spłaty 48 miesięcy.

Odroczenie spłaty rat: Aby pomóc przy ewentualnych finansowych problemach, oferujemy bezpłatne odroczenie spłaty rat (maks. jedna rata na okres jednego roku kredytowania). Wystarczy krótka pisemna informacja.

Płatności specjalne: W każdej chwili możecie Państwo bezpłatnie dokonać płatności specjalnych.

Wcześniejsze zakończenie umowy: Umowa spłat ratalnych może zostać zakończona w każdej chwili przedterminowo i bez jakichkolwiek dodatkowych kosztów. Oferty spłaty ratalnej proszę zażądać w raz z dołączonym życzeniem spłaty ratalnej pod adresem www.abz-zr.de/tzv.

Przykłady:

Czas spłaty/miesiące od daty rejestracji	6 miesięcy (bez kosztów)	12 miesięcy
Kwota rachunku w euro	Miesięczna rata / kwota łączna w euro (zaokrąglona)	
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
Odsetki na miesiąc	0%	0,43%
Oprocentowanie rzeczywiste	0%	9,85%
Minimalna rata w euro	25,00	25,00

Roczne oprocentowanie rzeczywiste oraz wysokość minimalnej raty zależne są od indywidualnych czynników, np. od wpływu 1. raty oraz od łącznego czasu kredytowania (maks. 48 miesięcy).

Życzenie spłaty w ratach

Tak, chciałbym skorzystać ze spłaty ratalnej!

Proszę po otrzymaniu rachunku niezwłocznie wypełnić ten formularz i wysłać go do ABZ-ZR. Należy wziąć pod uwagę, że Pani/Pana zapytanie o spłatę w ratach może być opracowane **tylko w połączeniu z numerem rachunku ABZ-ZR**.

Nr rachunku (-ów) (proszę koniecznie podać)

Kwota rachunku

W ciągu następnego kilku dni otrzymają Państwo indywidualną umowę spłat ratalnych. **Proszę wziąć pod uwagę:** Nie jest możliwe uwzględnienie kilku rachunków w jednej umowie.

Adresat rachunku

Imię/nazwisko

Ulica/nr domu

Kod pocztowy/miejscowość

Data urodzenia

Nr telefonu

Mój gabinet stomatologiczny

Proszę wybrać

 lub

wysokość raty miesięcznej (przynajmniej 25,- euro)

okres (miesiące (-y)) (maksymalnie 48 miesięcy)

żądany termin rozpoczęcia płatności/termin płatności

01-go danego miesiąca

15-go danego miesiąca

Korzystam z bankowości elektronicznej i nie potrzebuję przekazów.

Miejscowość/data

Podpis adresata rachunku/ pacjenta

Oszczędzanie na leczeniu zębów może za parę lat okazać się bardzo bolesne oraz drogie. Dlatego pytajcie Państwo swojego stomatologa o optymalną opiekę. Świadczymy usługi dla gabinetów stomatologicznych, oferując atrakcyjne modele finansowania Państwa udziału własnego.

Spłaty w ratach są bardzo proste

Państwo sami ustalają wysokość rat i czas trwania spłaty. Mają Państwo sami we własnych rękach, jak wysokie będzie obciążenie miesięczne. Państwo decydują, czy poszczególne płatności mają być płacone na początku czy też w połowie miesiąca.

Tak funkcjonuje bezpłatna spłata w ratach

Jeżeli uiszczają Państwo rachunek w **2 do maksymalnie 6** równych ratach miesięcznych, to w związku z tą spłatą w ratach nie powstają **żadne koszty**. Warunkiem jest to, aby **Państwa życzenie spłaty w ratach i pierwsza rata wpłynęła do nas w ciągu 30 dni od daty rachunku**. Poza tym kwota rachunku musi zostać całkowicie zapłacona w przeciągu 6 miesięcy od daty rachunku.

01.18-23V.

Proszę oderwać w miejscu perforacji

Teilzahlungswunsch

Sposób postępowania

Wariant 1:

1. Proszę wypełnić ten formularz w swoim języku (strona 2) na komputerze, używając programu Acrobat Reader. Pani/Pana dane zostaną automatycznie przejęte do formularza w języku niemieckim.
2. Następnie należy wydrukować formularz w języku niemieckim
3. Proszę podpisać wniosek
4. Formularz należy złożyć dwa razy i włożyć do koperty z okienkiem, a następnie oddać u swojego stomatologa lub odesłać pocztą na adres ABZ-ZR

Wariant 2:

1. Proszę wydrukować formularz
2. Następnie proszę wypełnić wniosek i podpisać go
3. Formularz należy złożyć dwa razy i włożyć do koperty z okienkiem, a następnie oddać u swojego stomatologa lub odesłać pocztą na adres 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

01.18-23V.

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