

Оплата по частям



- просто, быстро и небюрократично
- минимальный ежемесячный взнос от 25,- евро
- индивидуальный срок оплаты до 48 месяцев
- отсрочка частичных платежей
- дополнительные выплаты или досрочное погашение возможны в любой момент без дополнительной платы
- для общего срока оплаты до 6 месяцев без взыскания процентов или сборов

ABZ Zahnärztliches Rechenzentrum für Bayern GmbH

Postfach 14 54 | 82182 Gröbenzell
Oppelner Straße 3 | 82194 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:

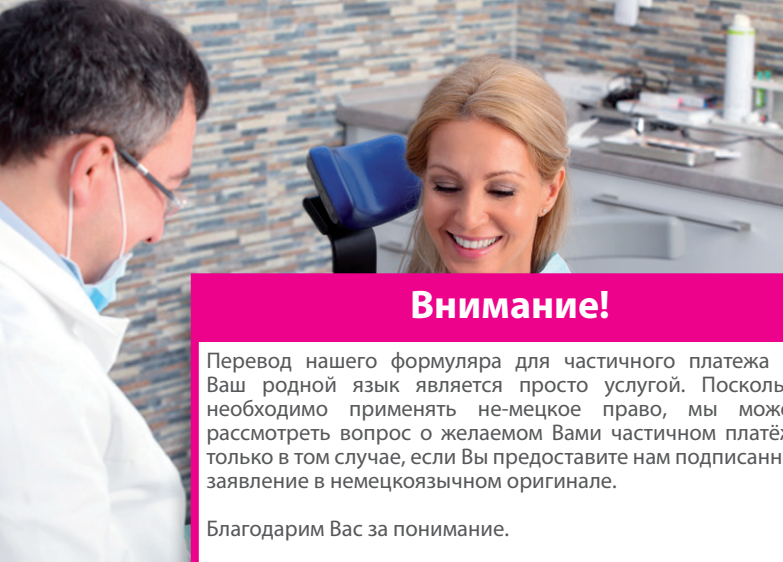
DZ BANK AG
BIC/Swift GENODEFF701
IBAN DE61 7016 0000 0000 1404 44

Управляющий фирмой:

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

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**



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.

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:

Ссудные 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 неоплаченной 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!

Просьба сразу после получения счета заполнить этот формуляр и отправить его в ABZ-ZR. Обратите внимание, что Ваше заявление на оплату по частям может быть обработано **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 _____

№ телефона _____

Мой стоматологический кабинет _____

Пожалуйста, сделайте выбор

размер ежемесячного взноса (минимум 25,- евро)

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/пациента _____

01.18-23V.

Оторвите по перфорационной линии

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

Teilzahlungswunsch

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.