

Taksitli ödeme



- kolay, hızlı ve bürokrasisiz
- asgari ödeme tutarı 25,- Euro'dur
- 48 aya kadar şahsa özel vadeler
- taksit erteleme
- özel ödeme veya erken itfa her an ücretsiz mümkündür
- toplam 6 aya kadar olan vadelerde faiz ve ücret ödmeden

ABZ Zahnärztliches Rechenzentrum für Bayern GmbH

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

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

Banka bilgisi:

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

Genel müdürler:

Dr. Walter Donhauser | Martin Beer | Dr. Hartmut Ohm
Merkez: Gröbenzell | Sulh Mahkemesi: München HRB 104538

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

Taksitle ödeme talebini
www.abz-zr.de/tzv üzerinden
online aktarın



Dikkat

Kısmi ödeme formunun ana dilinize çevirisi sadece bir servis hizmetidir. Alman yasalarının uygulanması gerektiğinden, ancak başvuru formunu bize orijinal Almanca belge üzerinde imzalı olarak verdiğinizde kısmi ödeme talebinizi işleme alabilmekteyiz.

Anlayışınız için teşekkür ederiz.

Bunun için Sayfa 3'teki talimatları dikkate alın.

Vadeler ve masraflar

Fatura tarihinden itibaren toplam ödeme süresi 6 aydan daha uzun olan taksitli ödeme sözleşmelerinde aşağıdaki **finansman masrafları oluşmaktadır**:

Aylık faiz:

7-12 ay	% 0,43 Aylık*
13-48 ay	% 0,63 Aylık

Şartlar ve finansman masrafları (aylık faizler) size ayrı olarak gönderilecek olan taksit ödeme sözleşmesinde bildirilecektir; faizler fatura tarihinden itibaren açık fatura tutarına göre belirlenir.

* Faiz oranı sebebiyle taksitli ödeme talebi fatura tarihini takip eden 30 gün içinde bildirilmesini gerektirmektedir.

Aylık en düşük taksit tutarı **25,- Euro**, maksimum vade ise en fazla 48 aydır.

Taksit erteleme: Olası finansal bir güçlüğü atlatabilmek için size ücretsiz bir taksit ertelemesi sunuyoruz (yıllık sözleşme süresinde maks. bir taksit). Bunun için yazılı kısa bir açıklama yeterlidir. **Özel ödemeler:** İsteddiğiniz zaman ücretsiz özel ödemeler yapabilirsiniz.

Zamanından önce ödeme tamamlama: Taksit sözleşmesi her zaman zamanından önce ve başka bir masraf oluşmadan tamamlanabilir. Taksitli ödeme teklifinizi ekteki taksitli ödeme başvuru formu ile ya da www.abz-zr.de/tzv adresine başvurarak kolayca talep edebilirsiniz.

Örnekler:

Kayıt tarihinden itibaren vade/aylar	6 ay (masrafsız)	12 ay
Euro cinsinden fatura tutarı	Aylık taksit / toplam tutar Euro olarak (yuvarlak hesap)	
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
Aylık faiz	0%	0,43%
Efektif faiz	0%	9,85%
Euro cinsinden en düşük taksit tutar	25,00	25,00

Yıllık efektif faiz ve asgari taksitin tutarı bireysel faktörlere bağlıdır, örneğin 1. taksitin girişine ve toplam sözleşme süresine (maks. 48 ay).

Taksit ödeme talebi

Evet, taksitli ödeme imkanından faydalanmak istiyorum!

Faturanızı aldıktan sonra bu formu doldurun ve DZR'ye gönderin. Taksitli ödeme talebiniz **sadece DZR fatura numarası ile birlikte** işleme alınabilmektedir.

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Kayıt numarası (lütfen mutlaka belirtiniz)

Fatura tutarı

Birkaç gün içinde bireysel taksit sözleşmenizi almış olursunuz. **Lütfen şunu dikkate alın:** Birden fazla faturayı bir sözleşmede birleştirmek mümkün değildir.

Fatura alıcısı

<input type="text"/>

Adı/Soyadı

<input type="text"/>

Cadde/Bina No.

<input type="text"/>

Posta kodu/Şehir

<input type="text"/>

Doğum tarihi

Telefon no.

<input type="text"/>

Diş hekimim

Lütfen seçiniz

<input type="text"/>	veya	<input type="text"/>
----------------------	------	----------------------

Aylık taksit tutarı
(en az 25,- Euro)

vade (ay)
(en fazla 48 ay)

Talep edilen ödeme başlangıcı/ödeme tarihi

her ayın 1'inde

her ayın 15'inde

İnternet bankacılığını kullanıyorum havale formuna ihtiyacım yok.

<input type="text"/>

Yer/Tarih

Fatura alıcısının/hastanın imzası

01.18-23V.

Lütfen perforajlı yerden koparınız

Teilzahlungswunsch

Yapacağınız işlemler:

Seçenek 1:

1. Acrobat Reader yardımıyla kendi dilinizdeki formu (Sayfa 2) bilgisayarınızda doldurun. Bilgileriniz otomatik olarak Almanca forma aktarılacaktır.
2. Lütfen Almanca formu yazdırın
3. Başvuru formunu imzalayın
4. Kağıdı iki kez katlayın, pencereleli bir zarfa koyun, doğrudan dış doktorunuza verin veya postayla ABZ-ZR'ye gönderin

Seçenek 2:

1. Sayfayı yazdırın
2. Başvuru formunu doldurun ve imzalayın
3. Kağıdı iki kez katlayın, pencereleli bir zarfa koyun, doğrudan dış doktorunuza verin veya postayla ABZ-ZR'ye gönderin

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