

Teilzahlung



- Einfach, schnell und unbürokratisch
- Monatliche Mindestrate von 25,- Euro
- Individuelle Laufzeiten bis zu 48 Monaten
- Stundung von Raten
- Sonderzahlungen oder vorzeitige Ablöse jederzeit kostenfrei möglich
- Bei einer Gesamtlaufzeit bis zu 6 Monaten zins- und gebührenfrei

ABZ Zahnärztliches Rechenzentrum für Bayern GmbH

Postfach 14 54 | 82182 Gröbenzell
Oppelner Straße 3 | 82194 Gröbenzell
Telefon 08142 6520-6
Telefax 08142 6520-892

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

Bankverbindung

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

Geschäftsführer

Dr. Walter Donhauser | Martin Beer | Dr. Hartmut Ohm
Sitz: Gröbenzell | Amtsgericht: München HRB 104538

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

Teilzahlungswunsch
online übermitteln unter
www.abz-zr.de/tzv



Laufzeiten und Kosten

Bei einer Teilzahlungsvereinbarung mit einer Gesamtlaufzeit von mehr als 6 Monaten ab Rechnungsdatum entstehen folgende **Finanzierungskosten**:

Zinsen pro Monat	
7–12 Monate	0,43 % p. M.*
13–48 Monate	0,63 % p. M.

Die Bedingungen und Finanzierungskosten (Zinsen pro Monat) werden in der Ihnen gesondert zugehenden Teilzahlungsvereinbarung genannt – die Zinsen werden ab Rechnungsdatum aus dem offenen Rechnungsbetrag erhoben.

* Der Zinssatz setzt einen Eingang des Teilzahlungswunsches innerhalb von 30 Tagen ab Rechnungsdatum voraus.

Die **monatliche Mindestrate** beträgt **25,- Euro**, die maximale Laufzeit höchstens 48 Monate.

Ratenstundung: Um einen etwaigen finanziellen Engpass überbrücken zu können, bieten wir Ihnen die kostenlose Ratenstundung an (max. eine Rate pro Laufzeitjahr). Eine kurze schriftliche Mitteilung genügt. **Sonderzahlungen:** Sie können jederzeit kostenfrei Sonderzahlungen leisten.

Vorzeitige Ablösung: Die Teilzahlungsvereinbarung kann jederzeit vorzeitig und ohne weitere Kosten abgelöst werden. Ihr Teilzahlungsangebot fordern Sie ganz einfach mit anhängendem Teilzahlungswunsch oder unter www.abz-zr.de/tzv an.

Beispiele:

Laufzeit/Monate ab Rg.-Datum	6 Monate (ohne Kosten)	12 Monate
Rechnungsbetrag in Euro	monatliche Rate / Gesamtbetrag in Euro (gerundet)	
1.000,-	167,-	88,- / 1.052,-
2.000,-	333,-	176,- / 2.103,-
5.000,-	833,-	439,- / 5.258,-
10.000,-	1.667,-	877,- / 10.516,-
20.000,-	3.333,-	1.753,- / 21.032,-
Zinsen pro Monat	0%	0,43%
Effektivzins	0%	9,85%
Mindestrate in Euro	25,-	25,-

Der jährliche Effektivzins und die Höhe der Mindestrate sind abhängig von individuellen Faktoren, z. B. vom Eingang der 1. Rate und der Gesamtlaufzeit (max. 48 Monate).

Bei Ihrer Zahngesundheit zu sparen, kann in ein paar Jahren schmerzhaft und teuer werden. Daher fragen Sie Ihre Zahnärztin/Ihren Zahnarzt nach Ihrer optimalen Versorgung. Mit uns hat die Praxis einen Dienstleister an ihrer Seite, der attraktive Finanzierungsmodelle für Ihre Eigenbeteiligung anbietet.

So einfach ist die Teilzahlung

Sie selbst bestimmen die Höhe der Raten oder die Dauer der Laufzeit. So haben Sie es in der Hand, wie hoch die monatliche Belastung ausfallen darf. Sie entscheiden auch, ob die einzelnen Zahlungen zum Monatsanfang oder zur Monatsmitte fällig werden.

So funktioniert die kostenlose Teilzahlung

Sofern Sie Ihre Rechnung in **2 bis maximal 6** gleich hohen Monatsraten bezahlen, entstehen Ihnen aus der Teilzahlung **keinerlei Kosten**. Voraussetzung dafür ist, dass Ihr **Teilzahlungswunsch und die erste Rate innerhalb von 30 Tagen nach Rechnungsdatum bei uns eingehen**. Außerdem ist der Rechnungsbetrag innerhalb von 6 Monaten ab Rechnungsdatum vollständig von Ihnen auszugleichen.

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

1.1.17-23V/100.500

Bitte hier an der Perforation abtrennen.