

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

DZR Deutsches Zahnärztliches Rechenzentrum GmbH

Postfach 10 16 53 | 41416 Neuss
Hermann-Klammt-Straße 7 | 41460 Neuss
Telefon +49 (0)2131 5673-0
Telefaks +49 (0)2131 5673-56

E-mail tzv.neuss@dzt.de
www.dzt.de/tzv

Powiązanie bankowe:

DZ BANK AG
BIC GENODEDD
IBAN DE25 3006 0010 0000 2166 53

Kierownik firmy:

Konrad Bommas | Thomas Schelhorn | Thomas Schiffer
Siedziba i sąd rejonowy: Stuttgart HRB 6658

DZR
Deutsches Zahnärztliches
Rechenzentrum GmbH
Patienten-Service
Postfach 10 16 53
41416 Neuss

**Wniosek o udzielenie
płatności ratalnej można
przesłać za pośrednictwem
strony www.dzt.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.dzr.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 DZR. Należy wziąć pod uwagę, że Pani/Pana zapytanie o spłatę w ratach może być opracowane **tylko w połączeniu z numerem rachunku DZR**.

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

01.18-22V.

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 DZR

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 DZR

Ja, ich möchte die Teilzahlung nutzen!

Bitte gleich nach Erhalt Ihrer Rechnung dieses Formular ausfüllen und an das DZR senden. Bedenken Sie, dass Ihr Teilzahlungswunsch **nur in Verbindung mit der DZR-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

DZR
Deutsches Zahnärztliches
Rechenzentrum GmbH
Patienten-Service
Postfach 10 16 53
41416 Neuss

01.18.22V.