

## Разсрочено плащане



- Лесно, бързо и без излишни усложнения
- Минимална месечна вноска от 25 евро
- Индивидуални срокове до 48 месеца
- Отлагане на вноски
- Извънредни плащания или предсрочно изплащане – по всяко време и без такси
- При срок до 6 месеца – без лихви и такси

### DZR Deutsches Zahnärztliches Rechenzentrum GmbH

Postfach 10 15 44 | 70014 Stuttgart  
Marienstraße 10 | 70178 Stuttgart  
Телефон +49 (0)711 61947-40  
Телефакс +49 (0)711 61947-50

Имейл [tzv.stgt@dzt.de](mailto:tzv.stgt@dzt.de)  
[www.dzt.de/tzv](http://www.dzt.de/tzv)

### Банкови данни:

APO Bank  
BIC DAAEDEDXXX  
IBAN DE45 3006 0601 0006 6611 14

### Управител

Konrad Bommas | Thomas Schelhorn | Thomas Schiffer  
Седалище и районен съд: Щутгарт HRB 6658

DZR  
Deutsches Zahnärztliches  
Rechenzentrum GmbH  
**Patienten-Service**  
Postfach 10 15 44  
70014 Stuttgart

**Подаване на онлайн  
заявление за разсрочено  
плащане на адрес  
[www.dzt.de/tzv](http://www.dzt.de/tzv)**



## Внимание

Преводът на нашия формуляр за разсрочено плащане на Вашия език е просто услуга. Тъй като се прилага германското законодателство, можем да обработим Вашето заявление за разсрочено плащане само ако ни изпратите подписаното заявление от оригинала на немски език.

Благодарим Ви за разбирането.

Следвайте указанията на страница 3.

## Срокове и разходи

При Споразумение за разсрочено плащане за срок над 6 месеца от датата на издаване на фактурата са приложими следните **разходи за финансиране**:

### Месечни лихви

7–12 месеца	0,43 % на м.*
13–48 месеца	0,63 % на м.

Условията и разходите (месечни лихви) са посочени в изпратеното до Вас Споразумение за разсрочено плащане – лихвите се начисляват от датата на издаване на фактурата върху остатъчната сума от фактурата.  
\* Това е лихвеният процент при условие, че заявлението за разсрочено плащане постъпи в срок от 30 дни от датата на издаване на фактурата.

**Минималната месечна вноска** е в размер на **25 евро**, а максималният срок е 48 месеца.

**Отлагане на вноски:** При евентуално финансово затруднение, ние Ви предлагаме безплатно отлагане на вноски (макс. една вноска за срок от дванадесет месеца). Достатъчно е кратко писмено уведомление.  
**Извънредни плащания:** Можете по всяко време да правите извънредни плащания без допълнителни такси.

**Предсрочно изплащане:** Споразумението за разсрочено плащане може по всяко време да бъде прекратено предсрочно без допълнителни разходи. Заявете Вашето индивидуално предложение за разсрочено плащане с приложеното заявление за разсрочено плащане или на [www.dzr.de/tzv](http://www.dzr.de/tzv).

## Примери:

Срок/месеци от датата на издаване на фактурата	6 месеца (без разходи)	12 месеца
<b>Фактурирана сума в евро</b>	<b>месечна вноска/обща сума в евро (закръглена)</b>	
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
<b>Месечни лихви</b>	0%	0,43%
<b>Ефективен лихвен процент</b>	0%	9,85%
<b>Минимална вноска в евро</b>	25.00	25.00

Годишният ефективен лихвен процент и размерът на минималната вноска зависят от индивидуални фактори, напр. от плащането на първата вноска и срока на споразумението (макс. 48 месеца).

Постенето на средства от дентално здраве може да доведе до болезнени преживявания и да Ви струва скъпо след няколко години. По тази причина попитайте зъболекаря си кои са най-подходящите процедури за Вас. В наше лице зъболекарската практика има помощник, който предлага атрактивни модели за финансиране на поеманите от Вас разходи.

## Разсроченото плащане е толкова лесно

Вие определяте размера на вноските и срока. Вие решавате какъв да е максималният размер на месечните Ви плащания. Вие избирате дали падежът на отделите вноски да е в началото или в средата на месеца.

## Как функционира безплатното разсрочено плащане?

При условие че плащате своята фактура на **2 до максимално 6** еднакви по размер месечни вноски, при разсроченото плащане не Ви се начисляват **никакви разходи**. Условие за това е **Вашето заявление за разсрочено плащане и плащане на първата вноска да е постъпило при нас в рамките на 30 дни след издаване на фактурата**. Трябва да платите цялата сума на фактурата в рамките на 6 месеца от датата на издаването й.

## Заявление за разсрочено плащане

## Да, искам да се възползвам от разсроченото плащане!

Моля, попълнете формуляра веднага след получаване на Вашата фактура и го изпратете на DZR. Обърнете внимание, че вашето заявление за разсрочено плащане може да бъде обработено **само във връзка с номера на фактурата на DZR**.

**Рег. № (Моля, задължително посочете.)** Фактурирана сума

рамките на няколко дни ще получите Вашето индивидуално Споразумение за разсрочено плащане. **Моля, обърнете внимание:** Не е възможно да включите няколко фактури в едно споразумение.

## Получател на фактура

Име/фамилия

Улица, номер

ПК/населено място

Дата на раждане

Телефон

Моята зъболекарска практика

## Моля, изберете

или  
**размера на месечната вноска**  
(мин. 25 евро месечно)

**срока** (в месеци)  
(максимално 48 месеца)

**и желаното начало на плащане на вноските/дата на падежа:**

на 1-во ÿ от месеца

на 15-о число от месеца

Аз използвам онлайн банкиране и нямам нужда от бланка за платежно нареждане.

Населено място/дата

Подпис на получателя на фактурата/пациента

01.18.21V.

Моля, откъснете по перфорираната линия.

## Teilzahlungswunsch

### Следвайте следните стъпки:

#### Вариант 1:

1. Попълнете формуляра на Вашия език (страница 2) на компютър с помощта на Acrobat Reader. Вашите данни автоматично се прехвърлят във формуляра на немски език.
2. Моля, разпечатайте немския формуляр.
3. Подпишете заявлението.
4. Сгънете листа два пъти, поставете го в плик за писма с прозорец и го предайте на Вашия зъболекар или го изпратете по пощата на DZR.

#### Вариант 2:

1. Разпечатайте тази страница.
2. Попълнете заявлението и го подпишете.
3. Сгънете листа два пъти, поставете го в плик за писма с прозорец и го предайте на Вашия зъболекар или го изпратете по пощата на 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

01.18-21V.

DZR  
Deutsches Zahnärztliches  
Rechenzentrum GmbH  
**Patienten-Service**  
Postfach 10 15 44  
70014 Stuttgart