

## Pago a plazos



- sencillo, rápido y sin burocracia
- tarifa mínima mensual de 25,- euros
- periodo de pago individualizado de hasta 48 meses
- aplazamiento de los pagos
- los pagos especiales o la amortización anticipada de los pagos son posibles y gratuitos en cualquier momento
- libre de intereses y tasas para un periodo de pago total de hasta 6 meses

**DZR Deutsches Zahnärztliches  
Rechenzentrum GmbH  
Niederlassung FRH**

Postfach 10 15 41 | 70014 Stuttgart  
Marienstraße 12 | 70178 Stuttgart  
Teléfono +49 (0)711 36511-201  
Fax +49 (0)711 36511-201

Correo electrónico: [tzv.frh@dzt.de](mailto:tzv.frh@dzt.de)  
[www.dzt.de/tzv](http://www.dzt.de/tzv)

**Datos bancarios:**

APO Bank  
BIC DAAEDEDXXX  
IBAN DE82 3006 0601 0006 6688 87

**Gerente:**

Konrad Bommas | Thomas Schelhorn | Thomas Schiffer  
Sede y Juzgado de Primera Instancia: Stuttgart HRB 6658

**DZR Deutsches Zahnärztliches  
Rechenzentrum GmbH**  
Niederlassung FRH  
**Patienten-Service**  
Postfach 10 15 41  
70014 Stuttgart

**Comunicar el deseo de pago a  
plazos en línea a través de  
[www.dzt.de/tzv](http://www.dzt.de/tzv)**



## ¡Atención!

La traducción de nuestro formulario de pago parcial a su idioma materno es una mera prestación de servicios. Al ser de aplicación la legislación alemana, sólo podremos tramitar su petición de pago parcial si nos facilita la solicitud una vez firmada en su versión original alemana.

¡Gracias por su comprensión!

Siga para ello las instrucciones de la página 3.

## Periodo de pago y costes

En un acuerdo de pago a plazos, con un periodo de pago total superior a 6 meses a contar desde la fecha de la factura, se producen los siguientes **costes de financiación**:

### Intereses mensuales:

7-12 meses	0,43 % al mes*
13-48 meses	0,63 % al mes

Las condiciones y los costes de financiación (intereses mensuales) se le indicarán por separado en el acuerdo de pago a plazos a alcanzar. Los intereses se derivan del importe pendiente de la factura a partir de la fecha de la misma.

\* El tipo de interés presupone una recepción del deseo de pago a plazos en un periodo de 30 días a contar desde la fecha de la factura.

La **tasa mínima mensual** es de **25,- euros** y el periodo de pago máximo es de 48 meses.

**Moratoria de los plazos:** Para poder superar un eventual apuro financiero, le ofrecemos una moratoria sin costes de los plazos (como máx. un plazo por cada año de periodo de pago). Bastará con una breve notificación por escrito. **Pagos extraordinarios:** Podrá realizar en cualquier momento pagos extraordinarios sin coste.

**Amortización anticipada:** El acuerdo de pago a plazos puede amortizarse anticipadamente en cualquier momento y sin costes adicionales. Puede solicitar su oferta de pago a plazos simplemente con la solicitud anexa o en [www.dzr.de/tzv](http://www.dzr.de/tzv).

## Ejemplos:

Periodo de pago/meses desde la fecha de registro	6 meses (sin costes)	12 meses
<b>Importe de la factura en euros</b>	<b>Plazo mensual / importe total en euros (redondeado)</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 / 5.280,00
10.000,00	1.667,00	877,00 / 10.516,00
20.000,00	3.333,00	1.753,00 / 21.032,00
<b>Intereses mensuales</b>	0 %	0,43 %
<b>Interés efectivo</b>	0 %	9,85 %
<b>Tarifa mínima mensual en euros</b>	25,00	25,00

El interés efectivo anual y la cuantía del plazo mínimo dependen de factores individuales, p. ej., de la recepción del 1er plazo y del periodo de pago total (máx. 48 meses).

## Solicitud de pago a plazos

### Sí, me gustaría usar el pago a plazos

Por favor, llenar este formulario inmediatamente después de recibir la factura, y enviarlo a DZR. Tenga en cuenta que la petición de pago parcial será tramitada **sólo con el número de factura del DZR**.

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

N.º de factura (indicar sin falta)      Importe de la factura

En el plazo de varios días recibirá su acuerdo de pago a plazos individual. **Tenga en cuenta lo siguiente:** no es posible englobar varias facturas en un mismo acuerdo.

### Destinatario de la factura

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

Nombre/apellidos

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

Calle, n.º

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

C.P./localidad

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

Fecha de nacimiento

N.º de teléfono

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

Mi consulta dental

### Elija

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

el importe de las tasas mensuales (un mínimo de 25 euros)

el periodo de pago (meses) (un máximo de 48 meses)

el inicio del pago/la fecha

1 del mes

15 del mes

Hago uso de la banca en línea y por ello, no requiero del formulario de transferencia.

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

Lugar, fecha

Firma del destinatario de la factura/paciente

01.18-19V.

Separar por el espacio perforado

## Teilzahlungswunsch

### Cómo presentar la solicitud:

#### Modalidad 1:

1. Rellene el formulario en su idioma (página 2) en su ordenador usando Acrobat Reader. Sus datos serán traspasados automáticamente al formulario alemán.
2. Imprima el formulario alemán.

3. Firme la solicitud.
4. Doble la hoja dos veces, introdúzcala en un sobre con ventana, entregue éste directamente a su dentista o envíelo por correo a DZR.

#### Modalidad 2:

1. Imprima esta página.
2. Rellene la solicitud y firmela.
3. Doble la hoja dos veces, introdúzcala en un sobre con ventana, entregue éste directamente a su dentista o envíelo por correo a 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  
Niederlassung FRH  
Patienten-Service  
Postfach 10 15 41  
70014 Stuttgart

01.18-19V.