

Πληρωμή σε δόσεις



- εύκολα, γρήγορα και χωρίς καμία γραφειοκρατία
- ελάχιστη μηνιαία δόση 25,00 ευρώ
- διάρκεια μέχρι και 48 μήνες
- παράταση δόσεων
- προσφέρεται η δυνατότητα έκτακτης καταβολής ή πρόωρης απαλλαγής σε κάθε στιγμή δωρεάν
- σε συνολική διάρκεια 6 μηνών άτοκα και ατελώς

DZR Deutsches Zahnärztliches Rechenzentrum GmbH Niederlassung FRH

Postfach 10 15 41 | 70014 Stuttgart
Marienstraße 12 | 70178 Stuttgart
Τηλέφωνο +49 (0)711 36511-200
Φαξ +49 (0)711 36511-201

E-Mail tzv.frh@dzt.de
www.dzt.de/tzv

Στοιχεία τραπεζής:

APO Bank
BIC DAAEDEDXXX
IBAN DE82 3006 0601 0006 6688 87

Διαχειριστές:

Konrad Bommas | Thomas Schelhorn | Thomas Schiffer
Έδρα και Πρωτοδικείο: Stuttgart HRB 6658

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

Γνωστοποιήστε μας τυχόν
πρόθεση πληρωμής σε
δόσεις μέσω διαδικτύου στη
διεύθυνση www.dzt.de/tzv



Προσοχή!

Η μετάφραση του εντύπου μερικής πληρωμής στη μητρική σας γλώσσα αποτελεί καθαρά μια υπηρεσία εξυπηρέτησης. Καθώς εφαρμόζεται το γερμανικό δίκαιο, μπορούμε να επεξεργαστούμε την επιθυμία σας για μερική πληρωμή, εφόσον μας αποστείλετε την αίτηση υπογεγραμμένη στο γερμανικό πρωτότυπο έντυπο.

Ευχαριστούμε για την κατανόησή σας.

Παρακαλούμε λάβετε υπόψη τις οδηγίες στη σελίδα 3.

Διάρκεια δόσεων και έξοδα

Σε περίπτωση συμφωνίας μερικής πληρωμής με συνολική διάρκεια μεγαλύτερη των 6 μηνών από την ημερομηνία λογαριασμού, προκύπτουν τα ακόλουθα **έξοδα χρηματοδότησης**:

Τόκοι ανά μήνα:

7-12 μήνες	0,43 % ανά μήνα*
13-48 μήνες	0,63 % ανά μήνα

Οι προϋποθέσεις και τα έξοδα χρηματοδότησης (τόκοι ανά μήνα) αναφέρονται στη συμφωνία μερικής πληρωμής που θα σας σταλεί ξεχωριστά – οι τόκοι λαμβάνονται από την ημερομηνία λογαριασμού από το ποσό λογαριασμού που εκκρεμεί.

* Το επιτόκιο προϋποθέτει τη γνωστοποίηση της πρόθεσης για πληρωμή με δόσεις εντός 30 ημερών από την ημερομηνία έκδοσης του τιμολογίου.

Η ελάχιστη μηνιαία δόση αντιστοιχεί σε **25,- ευρώ**, η μέγιστη διάρκεια το ανώτατο σε 48 μήνες.

Καυστέρηση πληρωμής: Για να μπορεί να αντιμετωπιστεί οιαδήποτε οικονομική δυσκολία, σας προσφέρουμε την δωρεάν καθυστέρηση πληρωμής (μέγ. μια δόση καταβολής ανά τρέχον έτος). Αρκεί μια σύντομη γραπτή ειδοποίηση. **Ειδικές πληρωμές:** Μπορείτε ανά πάσα στιγμή να κάνετε δωρεάν ειδικές πληρωμές.

Πρόωρη εξόφληση: Η συμφωνία πληρωμής με δόσεις μπορεί να εξοφληθεί ανά πάσα στιγμή πρόωρα χωρίς περαιτέρω έξοδα. Μπορείτε να ζητήσετε την προσφορά μερικής πληρωμής εύκολα, επισυνάπτοντας την πρόθεση μερικής πληρωμής ή στη διεύθυνση www.dzr.de/tzv.

Παραδείγματα:

Διάρκεια/μήνες από ημερομηνία έκδοσης λογαριασμού	6 μήνες (χωρίς έξοδα)	12 μήνες
Ποσό λογαριασμού σε ευρώ	Μηνιαία δόση καταβολής / Συνολικό ποσό ποσό σε ευρώ (με στρογγυλοποίηση)	
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	438,00 / 5.258,00
10.000,00	1.667,00	874,00 / 10.516,00
20.000,00	3.333,00	1.748,00 / 21.032,00
Τόκοι ανά μήνα	0 %	0,43 %
Πραγματικό επιτόκιο	0 %	9,85 %
Ελάχιστη δόση σε ευρώ	25,00	25,00

Το ετήσιο πραγματικό επιτόκιο και το ύψος της ελάχιστης δόσης καταβολής εξαρτώνται από μεμονωμένους παράγοντες, π.χ. λήψη της 1ης δόσης καταβολής και συνολικός χρόνος (μέγ. 48 μήνες).

Πρόθεση πληρωμής σε δόσεις

Ναι, επιθυμώ την πληρωμή σε δόσεις!

Παρακαλούμε, συμπληρώστε αυτό το έντυπο αμέσως μετά την παραλαβή του τιμολογίου σας και στείλτε το συμπληρωμένο στην DZR. Λάβετε υπόψη σας πως μπορούμε να επεξεργαστούμε την αίτηση πληρωμής δόσεων **μόνο σε συνδυασμό με τον αριθμό του τιμολογίου σας DZR**.

Αριθμός/οι λογαριασμού

Ποσό λογαριασμού

(να αναφέρονται οπωσδήποτε)

Εντός λίγων ημερών θα λάβετε τη δική σας συμφωνία μερικής πληρωμής. **Παρακαλούμε να προσέξετε τα εξής:** Δεν είναι δυνατή η συγκέντρωση περισσότερων λογαριασμών σε μια συμφωνία.

Παραλήπτης λογαριασμού

Επώνυμο/όνομα

Οδός/αριθμός

Ταχ. κώδικας/πόλη

Ημερομηνία γέννησης

Αριθμός τηλεφώνου

My dental practice

Παρακαλούμε επιλέξτε

το ύψος της μηνιαίας δόσης (τουλάχιστον 25,00 ευρώ)

η διάρκεια (σε μήνες) (το ανώτερο 48 μήνες)

επιθυμητή έναρξη καταβολής πληρωμών/ημερομηνία πληρωμής

κάθε 1η μέρα του μήνα

κάθε 15η μέρα του μήνα

Χρησιμοποιώ online banking και δε χρειάζομαι έντυπο εμβάσματος.

Τόπος/ημερομηνία

Υπογραφή του παραλήπτη λογαριασμού/ασθενούς

01.18-19V.

Παρακαλούμε διαχωρίστε εδώ στη διάρκεια.

Teilzahlungswunsch

Προχωρήστε ως εξής:

1ος τρόπος:

1. Συμπληρώστε το έντυπο στον υπολογιστή σας με τη βοήθεια του προγράμματος Acrobat-Reader.
2. Εκτυπώστε αυτή τη σελίδα.

3. Υπογράψτε την αίτηση.

4. Διπλώστε το φύλλο δύο φορές, τοποθετήστε το σε φάκελο με παραθυράκι, παραδώστε το απευθείας στον οδοντίατρό σας ή ταχυδρομήστε το στο DZR.

2ος τρόπος:

1. Εκτυπώστε αυτή τη σελίδα.

2. Συμπληρώστε την αίτηση και υπογράψτε την.

3. Διπλώστε το φύλλο δύο φορές, τοποθετήστε το σε φάκελο με παραθυράκι, παραδώστε το απευθείας στον οδοντίατρό σας ή ταχυδρομήστε το στο 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

01.18-19V.

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