

Pagamento rateale



- facile, rapido e senza cavilli burocratici
- rata minima mensile a partire da 25,- euro
- durata individuale di validità pari a massimo 48 mesi
- sospensione delle rate
- possibilità di effettuare in ogni momento e senza spese un pagamento speciale o un'estinzione anticipata
- fino a 6 mesi senza interessi e commissioni

**DZR Deutsches Zahnärztliches
Rechenzentrum GmbH
Niederlassung FRH**

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

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

Coordinate bancarie:

APO Bank
BIC DAAEDEDXXX
IBAN DE82 3006 0601 0006 6688 87

Amministratore:

Konrad Bommas | Thomas Schelhorn | Thomas Schiffer
Sede e Tribunale: Stuttgart HRB 6658

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

**Trasmissione online
della richiesta di
pagamento rateale presso
www.dzt.de/tzv**



Attenzione:

La traduzione del nostro modulo di pagamento rateale nella vostra lingua materna è solo un servizio offerto. Dato che va applicato il diritto tedesco, possiamo occuparci della vostra richiesta di pagamento rateale solo se ci fate pervenire la richiesta firmata sull'originale in tedesco.

Vi ringraziamo per la vostra comprensione.

Attenetevi alle indicazioni riportate a pagina 3.

Durata di validità e spese

In caso di un accordo per un pagamento rateale con una durata complessiva superiore ai 6 mesi dalla data di fatturazione si hanno le seguenti **spese di finanziamento**:

Interessi mensili:	
7-12 mesi	0,43 % al mese*
13-48 mesi	0,63 % al mese

Le condizioni e le spese di finanziamento (interessi mensili) sono indicati nell'accordo di pagamento rateale a Lei pervenuto separatamente – gli interessi sono aumentati dalla data di fatturazione sull'importo di fatturazione in sospeso.

* Il tasso d'interesse presuppone un pervenimento della richiesta di pagamento rateale entro 30 giorni a partire dalla data della fattura.

La **rata mensile minima** è di **25,- euro**, la durata massima di validità è di 48 mesi.

Dilazione delle rate: Per poter superare un eventuale momento di ristrettezza finanziaria, Le offriamo la dilazione gratuita delle rate (max. una rata per anno di contratto). Basta una breve comunicazione scritta. **Pagamenti straordinari:** In qualsiasi momento può effettuare dei pagamenti straordinari gratuitamente.

Chiusura anticipata: L'accordo di rateazione può essere chiuso in anticipo in qualsiasi momento e senza ulteriori costi. Richieda un'offerta di pagamento rateale avvalendosi della richiesta allegata o visitando il sito www.dzr.de/tzv.

Esempi

Durata di validità/mesi a partire dalla data di fatturazione	6 mesi (nessuna spesa aggiuntiva)	12 mesi
Ammontare della fattura in euro	Rata mensile / importo complessivo in euro (arrotondato)	
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
Interessi mensili	0 %	0,43 %
interesse effettivo	0 %	9,85 %
Rata minima in euro	25,00	25,00

L'interesse effettivo annuale e l'ammontare della rata minima dipendono da fattori individuali, ad esempio dal pervenimento della 1a rata e dalla durata complessiva (max. 48 mesi).

Risparmiare oggi sulla salute dei Suoi denti può costarLe dolori e spese non indifferenti tra qualche anno. Per questo la invitiamo a chiedere al suo/alla sua dentista un servizio ottimizzato in tal senso. Lo studio dentistico ha con noi un fornitore che lo affianca per offrirle dei modelli di finanziamento attraenti per la sua franchigia.

Pagare a rate è semplicissimo

È Lei stesso/a a decidere quanto pagare al mese e per quanti mesi. In questo modo evita che il pagamento delle prestazioni dentistiche superi il budget che ha a disposizione ogni mese. Può anche scegliere quando effettuare il pagamento, all'inizio del mese o a metà mese.

Come funziona il pagamento a rate

Se è in grado di pagare la fattura entro **2 e massimo 6** mesi corrispondendo ogni mese un importo sempre uguale, non dovrà sostenere **ulteriori spese**, a condizione che la Sua **richiesta di pagamento rateale e la prima rata pervengano entro 30 giorni dalla data di fatturazione**. Inoltre, l'intero ammontare della fattura deve essere corrisposto entro 6 mesi dalla data di fatturazione.

Richiesta di pagamento rateale

Sì, desidero avvalermi della possibilità di pagamento rateale!

Subito dopo aver ricevuto la Sua fattura, la preghiamo di compilare questo modulo e di inviarlo alla DZR. Tenga presente che la sua richiesta di pagamento a rate potrà essere elaborata **solo se collegata al numero di fattura della DZR**.

(Indicare assolutamente il numero della fattura) Ammontare della fattura

Entro pochi giorni riceverà il suo accordo di rateazione personalizzata. **La preghiamo di osservare che** non è possibile accorpate più fatture in un unico accordo.

Destinatario/a della fattura

Nome/Cognome

Via/N° civico

CAP/Località

Data di nascita N° di telefono

My dental practice

Si prega di selezionare

oppure

l'ammontare della rata mensile (minimo 25,- euro)

la durée contractuelle (mesi) (massimo 48 mesi)

quando iniziare ad effettuare i pagamenti / il termine di pagamento

entro il 1° di ogni mese entro il 15° giorno di ogni mese

Utilizzo l'online banking, quindi non mi servono i moduli per i bonifici.

Località/Data Firma del/della destinatario/a della fattura o del/della paziente

01.18-19V. Staccare lungo la fustellatura

Teilzahlungswunsch

Procedere come segue:

Variante 1:

1. Compili questo modulo al PC con Acrobat Reader nella Sua lingua (pagina 2). I Suoi dati verranno acquisiti automaticamente nel modulo in tedesco.

2. Stampi il modulo in tedesco

3. Firmare la richiesta

4. Piegare il foglio due volte, metterlo in una busta con finestra e consegnarlo direttamente al dentista o inviarlo per posta a DZR

Variante 2:

1. Stampare questa pagina

2. Compilare la richiesta e firmarla

3. Piegare il foglio due volte, metterlo in una busta con finestra e consegnarlo direttamente al dentista o inviarlo per posta 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.