

## 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  
Niederlassung FRH**

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

E-mail [tzv.frh@dzt.de](mailto:tzv.frh@dzt.de)  
[www.dzt.de/tzv](http://www.dzt.de/tzv)

**Powiązanie bankowe:**

APO Bank  
BIC DAAEDEDXXX  
IBAN DE82 3006 0601 0006 6688 87

**Kierownik firmy:**

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

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

**Wniosek o udzielenie  
płatności ratalnej można  
przesłać za pośrednictwem  
strony [www.dzt.de/tzv](http://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](http://www.dzr.de/tzv).

## Przykłady:

Czas spłaty/miesiące od daty rejestracji	6 miesięcy (bez kosztów)	12 miesięcy
<b>Kwota rachunku w euro</b>	<b>Miesięczna rata / kwota łączna w euro (zaokrąglona)</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>Odsetki na miesiąc</b>	0%	0,43%
<b>Oprocentowanie rzeczywiste</b>	0%	9,85%
<b>Minimalna rata w euro</b>	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

01.18-19V.

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  
Niederlassung FRH  
Patienten-Service  
Postfach 10 15 41  
70014 Stuttgart

01.18-19V.