

Оплата по частям



- просто, быстро и небюрократично
- минимальный ежемесячный взнос от 25,- евро
- индивидуальный срок оплаты до 48 месяцев
- отсрочка частичных платежей
- дополнительные выплаты или досрочное погашение возможны в любой момент без дополнительной платы
- для общего срока оплаты до 6 месяцев без взыскания процентов или сборов

**DZR Deutsches Zahnärztliches
Rechenzentrum GmbH
Hanseatische Niederlassung**
Postfach 10 68 40 | 20045 Hamburg
Heidenkampsweg 51 | 20097 Hamburg
Телефон +49 (0)40 237802-0
Факс +49 (0)40 237802-78

Эл. почта tzv.hh@dzt.de
www.dzt.de/tzv

Банковские реквизиты:

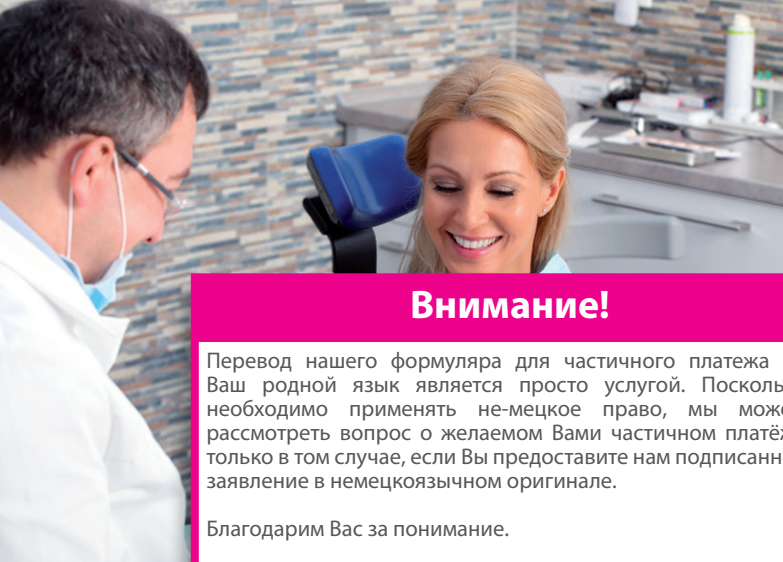
APO Bank
BIC/Swift DAAEDEDXXX
IBAN DE41 3006 0601 0006 6655 51

Управляющий фирмой:

Konrad Bommas | Thomas Schelhorn | Thomas Schiffer
Местонахождение и суд низшей инстанции:
Торговый реестр Штутгарта, часть Б 6658

**DZR Deutsches Zahnärztliches
Rechenzentrum GmbH**
Hanseatische Niederlassung
Patienten-Service
Postfach 10 68 40
20045 Hamburg

**Сообщите о своем желании
произвести оплату частями
на веб-странице
www.dzt.de/tzv**



Внимание!

Перевод нашего формуляра для частичного платежа на Ваш родной язык является просто услугой. Поскольку необходимо применять не-мецкое право, мы можем рассмотреть вопрос о желаемом Вами частичном платёже только в том случае, если Вы предоставите нам подписанное заявление в немецкоязычном оригинале.

Благодарим Вас за понимание.

Соблюдайте указания на странице 3.

Сроки и стоимость

При соглашении купли-продажи на условиях платежа в рассрочку с общим сроком действия более 6 месяцев с даты выставления счета возникают следующие расходы на финансирование:

Ссудные проценты в месяц:

7–12 месяцев	0,43 % в м-ц*
13–48 месяцев	0,63 % в м-ц

Условия и расходы на финансирование (проценты в месяц) указываются в направляемом Вам отдельно соглашении купли-продажи на условиях платежа в рассрочку – проценты от неоплаченной суммы счета взимаются с даты выставления счета.

* Процентная ставка предусматривает подачу заявления о желании произвести оплату частями в течение 30 дней с даты выставления

Минимальный ежемесячный взнос составляет 25,- евро, максимальный срок оплаты - 48 месяцев.

Отсрочка части платежа: Чтобы помочь Вам преодолеть возможные финансовые затруднения, мы предлагаем бесплатную отсрочку части платежа (не более одного частичного платежа за каждый год действия соглашения). Достаточно короткого письменного сообщения. **Отдельные платежи:** Вы можете бесплатно производить отдельные платежи в любое время.

Досрочное расторжение: Соглашение купли-продажи на условиях платежа в рассрочку может быть досрочно расторгнуто в любое время без дополнительных затрат. Вы можете просто запросить предложение на оплату по частям вместе с прилагаемым заявлением на оплату по частям или получить его по адресу www.dzr.de/tzv.

Примеры:

Срок оплаты/месяцы со дня выставления счета	6 месяцев (без дополнительных расходов)	12 месяцев
	Сумма счета в евро	Ежемесячный взнос/общая сумма в евро (округленное значение)
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
Проценты в месяц	0 %	0,43 %
эффективная процентная ставка	0 %	9,85 %
Минимальный взнос в евро	25,00	25,00

Ежегодная эффективная процентная ставка и размер минимального взноса зависят от индивидуальных факторов, например, от поступления первого взноса и общего срока действия соглашения (макс. 48 месяцев).

Заявление на оплату по частям

Да, я хочу произвести оплату по частям!

Просьба сразу после получения счета заполнить этот формуляр и отправить его в DZR. Обратите внимание, что Ваше заявление на оплату по частям может быть обработано **только при указании номера счета DZR**.

№ (№№) счета(ов) (обязательно указать) _____ Сумма счета _____

Свое индивидуальное соглашение купли-продажи на условиях платежа в рассрочку Вы получите в течение нескольких дней. **Обратите внимание:** Объединение нескольких счетов в одном соглашении невозможно.

Получатель счета

Имя/фамилия _____

Улица/№ дома _____

Почтовый индекс/населенный пункт _____

Дата рождения _____

№ телефона _____

Мой стоматологический кабинет _____

Пожалуйста, сделайте выбор

размер ежемесячного взноса (минимум 25,- евро)

срок оплаты (месяцы) (максимально 48 месяцев)

желаемое начало оплаты/дата оплаты

к 01-му каждого месяца

к 15-му каждого месяца

Я пользуюсь интернет-банкингом и поэтому бланк перевода мне не требуется.

Место/дата _____

Подпись получателя счета/пациента _____

01.18-24V.

Отворите по перфорационной линии

Последовательность Ваших действий:

Вариант № 1:

1. Заполните данный формуляр на Вашем родном языке (стр. 2) на ПК с помощью программы Acrobat Reader. Ваши данные будут автоматически перенесены в формуляр на немецком языке.
2. Пожалуйста, распечатайте формуляр на немецком языке
3. Подпишите заявление
4. Сложите лист вдвое, вложите его в конверт с прозрачным окошком, отдайте конверт Вашему зубному врачу или отправьте по почте на адрес DZR

Вариант № 2:

1. Распечатайте эту страницу
2. Заполните заявление и подпишите его
3. Сложите лист вдвое, вложите его в конверт с прозрачным окошком, отдайте конверт Вашему зубному врачу или отправьте по почте на адрес DZR

Teilzahlungswunsch

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

01.18-24V.

DZR Deutsches Zahnärztliches
Rechenzentrum GmbH
Hanseatische Niederlassung
Patienten-Service
Postfach 10 68 40
20045 Hamburg