

## Teilzahlung



**Eine erstklassige Zahnbehandlung muss sich heute niemand mehr vom Munde absparen**

- einfach, schnell und unbürokratisch
- kein Einkommens- oder Rentennachweis
- monatliche Mindestrate ab 25,- Euro
- individuelle Laufzeiten bis zu 48 Monaten
- bei einer Gesamtlaufzeit bis zu 6 Monaten zins- und gebührenfrei

**DZR** Deutsches  
Zahnärztliches  
Rechenzentrum GmbH

Ein Unternehmen der Dr. Güldener Firmengruppe

**DZR Deutsches Zahnärztliches  
Rechenzentrum GmbH**

Postfach 10 15 44 · 70014 **Stuttgart**  
Marienstraße 10 · 70178 Stuttgart  
Telefon 0711 61947-40  
Telefax 0711 61947-50

E-Mail [info.stgt@dzt.de](mailto:info.stgt@dzt.de)  
[www.dzt.de](http://www.dzt.de)

Postfach 10 16 53 · 41416 **Neuss**  
Hermann-Klammt-Straße 7 · 41460 Neuss  
Telefon 02131 5673-0  
Telefax 02131 5673-56

E-Mail [info.neuss@dzt.de](mailto:info.neuss@dzt.de)  
[www.dzt.de](http://www.dzt.de)



Zahnärztliches Rechenzentrum für Bayern GmbH

**ABZ Zahnärztliches Rechenzentrum  
für Bayern GmbH**

Postfach 14 54 · 82182 **Gröbenzell**  
Oppelner Straße 3 · 82194 Gröbenzell  
Telefon 08142 6520-6  
Telefax 08142 6520-892

E-Mail [info@abz-zr.de](mailto:info@abz-zr.de)  
[www.abz-zr.de](http://www.abz-zr.de)

**HZA** Hanseatische Zahnärztliche  
Abrechnungs- und Service-  
Gesellschaft mbH

**HZA Hanseatische Zahnärztliche  
Abrechnungs- und Service-  
Gesellschaft mbH**

Postfach 10 68 40 · 20045 **Hamburg**  
Heidenkampsweg 51 · 20097 Hamburg  
Telefon 040 237802-0  
Telefax 040 237802-78

E-Mail [info@hza-online.de](mailto:info@hza-online.de)  
[www.hza-online.de](http://www.hza-online.de)

**FRH** FREIES  
RECHENZENTRUM  
HEILBERUFE

eine Niederlassung der DZR GmbH, Stuttgart

**FRH Freies Rechenzentrum Heilberufe**  
eine Niederlassung der DZR Deutsches  
Zahnärztliches Rechenzentrum GmbH, Stuttgart

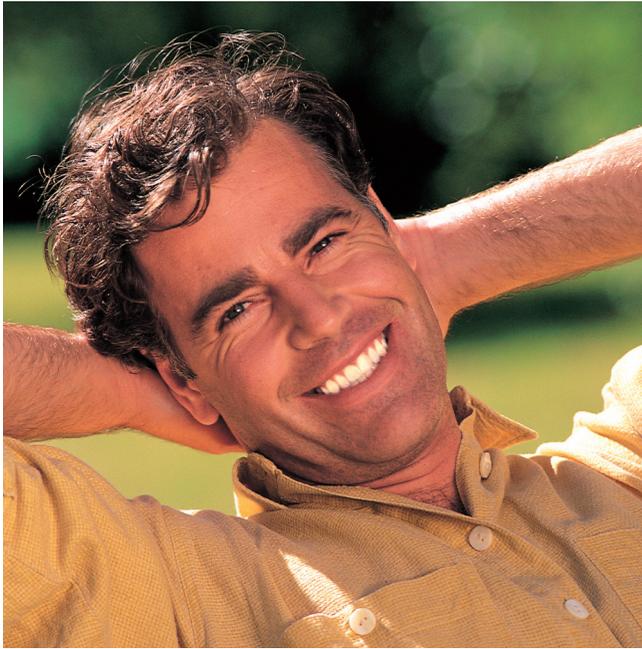
Postfach 10 15 41 · 70014 **Stuttgart**  
Marienstraße 12 · 70178 Stuttgart  
Telefon 0711 36511-200  
Telefax 0711 36511-201

E-Mail [info@frh.de](mailto:info@frh.de)  
[www.frh.de](http://www.frh.de)

**Einfach direkt bei Ihrem Zahnarzt abgeben  
oder im Fensterkuvert an**

**DZR**  
Deutsches Zahnärztliches  
Rechenzentrum GmbH  
Patienten-Service  
Postfach 10 16 53  
41416 Neuss

Online beantragen unter  
[www.dzt.de/TRZVN](http://www.dzt.de/TRZVN)



Sparen müssen wir heute alle! Bei Ihrer Zahngesundheit zu sparen, kann in ein paar Jahren jedoch schmerzhaft und teuer werden. Daher fragen Sie Ihren Zahnarzt nach Ihrer optimalen Versorgung. In uns hat er einen Dienstleister an seiner Seite, der attraktive Finanzierungsmodelle für Ihre Eigenbeteiligung anbietet.

### So einfach ist die Teilzahlung

Sie selbst bestimmen die Höhe der Raten oder die Dauer der Laufzeit. So haben Sie es in der Hand, wie hoch die monatliche Belastung ausfallen darf. Sie entscheiden auch, ob die einzelnen Zahlungen zum Monatsanfang oder zur Monatsmitte fällig werden.

### So funktioniert die kostenlose Teilzahlung

Sofern Sie Ihre Rechnung in **2 bis maximal 6** gleich hohen Monatsraten bezahlen, entstehen Ihnen aus der Teilzahlung **keinerlei Kosten**. Voraussetzung dafür ist, dass Ihr **schriftlicher Teilzahlungswunsch und die erste Rate innerhalb von 30 Tagen nach Rechnungsdatum bei uns eingehen**. Außerdem ist der Rechnungsbetrag innerhalb von 6 Monaten ab Rechnungsdatum vollständig von Ihnen auszugleichen.

Der patientenfreundliche Service von:  
 DZR Deutsches Zahnärztliches Rechenzentrum GmbH, Hermann-Klammt-Str. 7,  
 41460 Neuss, Telefon 02131 5673-0, Telefax 02131 5673-56,  
 E-Mail: tzv.neuss@dzr.de  
 USt-IdNr. DE 147839808, Sitz und Amtsgericht: Stuttgart HRB 6658,  
 Geschäftsführer: Rudolf Prangen, Thomas Schelhorn,  
 Bankverbindung: APO Bank, BLZ 300 606 01, Kto.-Nr. 000 666 3338

## Patienten - Information

### Laufzeiten und Kosten

Bei einer Teilzahlungsvereinbarung mit einer Gesamtlaufzeit von mehr als 6 Monaten ab Rechnungsdatum entstehen folgende **Finanzierungskosten**.

#### Zinsen\* pro Monat:

<b>7-12 Monate</b>	<b>0,35% p.M.</b>
<b>13-24 Monate</b>	<b>0,55% p.M.</b>
<b>25-48 Monate</b>	<b>0,65% p.M.</b>

#### Bearbeitungskosten:

Es entstehen einmalig Kosten von 1% aus der Forderung, mindestens jedoch 10,- Euro.

Die **monatliche Mindestrate** beträgt **25,- Euro**, die maximale Laufzeit höchstens 48 Monate.

Ihr Teilzahlungsangebot fordern Sie ganz einfach mit anhängendem Teilzahlungswunsch oder unter [www.dzr.de/TZVN](http://www.dzr.de/TZVN) an.

#### Beispiele:

<b>Laufzeit/Monate ab Rg.-Datum</b>	<b>6 Monate (ohne Kosten)</b>	<b>12 Monate</b>
<b>Rechnungsbetrag in Euro</b>	<b>monatliche Rate / Gesamtbetrag in Euro (gerundet)</b>	
<b>1.000,-</b>	167,-	88,- / 1.052,-
<b>2.000,-</b>	333,-	175,- / 2.104,-
<b>5.000,-</b>	833,-	438,- / 5.260,-
<b>10.000,-</b>	1.667,-	877,- / 10.520,-
<b>20.000,-</b>	3.333,-	1.753,- / 21.040,-
<b>Finanzierungskosten</b>		
<b>Zinsen pro Monat</b>	0 %	0,35 %
<b>Bearbeitungskosten</b>	0 %	1,00 %
<b>Effektivzins**</b>	0 %	9,60 %
<b>Mindestrate in Euro</b>	25,-	25,-

\* Zinsen werden ab Rechnungsdatum aus dem offenen Rechnungsbetrag erhoben.  
 \*\* Der anfängliche Effektivzins einschließlich der Bearbeitungsgebühr von 1% ist abhängig vom Eingang der 1. Rate und der Gesamtlaufzeit ab Rechnungsdatum.  
**Hinweis:** Die Bedingungen und Finanzierungskosten (Zinsen pro Monat und Bearbeitungskosten) werden in der Ihnen gesondert zugehenden Teilzahlungsvereinbarung genannt.

05.12-11V/30.000

Bitte hier an der Perforation abtrennen

## Teilzahlungswunsch

### Ja, ich möchte die Teilzahlung nutzen!

Nach Erhalt Ihrer Rechnung bitte schnell dieses Formular ausfüllen und an das DZR senden oder bei Ihrem Zahnarzt abgeben.

Innerhalb weniger Tage erhalten Sie Ihr Angebot mit einer vorbereiteten Teilzahlungsvereinbarung.

### Rechnungsempfänger

Vorname/Name

Straße/Hausnr.

PLZ/Ort

Geburtsdatum

Telefon-Nr.

Rg.-Nr.(n) (bitte unbedingt angeben)

Rechnungsbetrag

### Bitte wählen Sie

**1.) die Höhe der Monatsrate**

ca. Euro monatlich  
 mindestens 25,- Euro

oder

die **Laufzeit**

Monate maximal 48 Monate

**2.) gewünschter Zahlungsbeginn/Zahlungstermin**

- zum 01. eines Monats  zum 15. eines Monats

Ort/Datum

Unterschrift des Rechnungsempfängers/Patienten