

Antrag auf Ratenzahlung Ihrer Zahnarztrechnung

Persönliche Angaben:

Vorname Name (ggf. Geburtsname)

Geburtsdatum, Geburtsort

Straße Hausnummer

PLZ / Ort

Telefon / Email

Beruf

Privat versichert bei:

Gesetzlich versichert bei:

Voraussichtlicher Finanzierungsbetrag

Anzahl der Raten (max. 36) _____ oder monatlicher Betrag (mind. 30 €)
_____ €

Zahlbar zum 01. des Monats 15. des Monats

Lastschrift- Einzugsermächtigung

Name der Bank

BLZ / BIC

Kontonummer / IBAN

Unterschrift Antragsteller / Kontoinhaber

Die oben genannten Angaben zu meiner Person wurden von mir wahrheitsgetreu gemacht. Einzugsermächtigung hiermit erteilt.

Drei Schritte zur bequemen Patienten - Ratenzahlung

1. Füllen Sie den Antrag aus und geben Sie diesen bei uns in der Praxis ab oder senden Sie ihn per Post an uns.
2. Sobald Ihre Angaben bei uns eingehen, erhalten Sie innerhalb weniger Tage eine Zusage für die gewünschte Ratenzahlung (Bonität vorausgesetzt).
Nachdem Sie diese Vereinbarung (diesen Flyer sowie die beiliegende SEPA-Lastschriftinzugs ermächtigung) unterschrieben haben, wird diese verbindlich. Sie haben ein 14-tägiges Rücktrittsrecht.
3. Liegt uns Ihr schriftliches Einverständnis vor, buchen wir die monatlich vereinbarte Rate von Ihrem Konto ab.

Sollten Sie Fragen haben, stehen wir Ihnen gern unter Telefon: 0 42 32. 33 82 zur Verfügung.

**Bitte sprechen Sie uns für eine individuelle
Beratung gern an.**

Zahnarztpraxis Stockmann und Partner

Hauptstr. 72
27299 Langwedel-Daverden

Tel. 0 42 32. 33 81

Fax 0 42 32. 83 59

www.stockmann-und-partner.de

email: abrechnung@stockmann-und-partner.de

STOCKMANN
+ PARTNER
ZAHNÄRZTE



**Informationen zu
Patienten - Ratenzahlung**

Zahlen Sie so, dass Sie sich wohl dabei fühlen

Wählen Sie zwischen 2 Varianten zur Ratenzahlung Ihrer Behandlung:

VARIANTE 1:

Wenn Sie eine Rechnung **innerhalb von vier Monaten** in vier Raten gleicher Beitragshöhe bezahlen, entstehen Ihnen **keine zusätzlichen Zinskosten, lediglich fällt eine einmalige Bearbeitungsgebühr von 6 € an.**

Die erste Rate sollte 15 Tage nach Rechnungsversand überwiesen werden - alle weiteren Raten nach jeweils 30 Tagen.

Alternativ können Sie uns auch eine Lastschrift-einzugsermächtigung erteilen (siehe Rückseite und beiliegendem Blatt) - wir ziehen die Beträge dann von Ihrem Konto ein.

Voraussetzung:

- Mindestrate von 30,00 €
- Rechnungen ab einem Rechnungsbetrag von 90 €

VARIANTE 2:

Bei einer Rückführung der Forderung in Raten mit einer Laufzeit **von mehr als vier Monaten** (max. 36 Monaten, nach Absprache in individuellen Fällen auch bis zu 48 Monaten möglich) berechnen wir einen Zinssatz von **4 % p.a.* Nominalzins** (Effektivzins 4,5 % p.a.) Beispiele siehe nebenstehend.

Bitte sprechen Sie uns für eine individuelle Beratung gern an.

Raten Beispiel-Tabelle

mögliche monatliche Rate bei einer Laufzeit von 12 - 36 Monaten

Rechnungswert	12	18	24	36
750,00 €	63,80 €	- €	- €	- €
1.500,00 €	127,61 €	86,02 €	65,23 €	- €
3.000,00 €	255,23 €	172,05 €	130,47 €	88,88 €
5.000,00 €	425,39 €	286,75 €	217,46 €	148,14 €

inkl. Nominalzinssatz 4 % p.a. (Effektivzins 4,5 % p.a.)



Auch wenn es mal „eng“ wird, lassen wir unsere Patienten nicht allein.

So günstig finanzieren wir Ihre Wunschbehandlung.

Wir bieten Ihnen individuelle Laufzeiten an. Wählen Sie einfach die von Ihnen gewünschte Ratenanzahl - zu attraktiven Konditionen!

Die monatliche Mindesthöhe beträgt 30 €

2 - 4 Monatsraten

ohne Zinsen
nur 6 € Bearbeitungsgebühr

5 - 36 Monatsraten*

Zinsen 4 % p.a. nominal
Effektivzins 4,5 % p.a.

* Der Antrag auf Ratenzahlung muss innerhalb von 30 Tagen nach Rechnungsdatum gestellt werden.

Für alle Rückfragen zur Rechnung haben wir immer ein offenes Ohr. Unsere Abrechnungsspezialisten stehen telefonisch oder auch persönlich in der Praxis vor Ort zur Verfügung. Zusätzliche Rechnungskopie gewünscht? Kein Problem! Umgehend senden wir Ihnen alle Unterlagen, die Sie benötigen.

Mail: abrechnung@stockmann-und-partner.de

SEPA-Lastschriftmandat

SEPA Direct Debit Mandate

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:

Stockmann & Partner,Zahnärzte

Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address**Straße und Hausnummer / Street name and number:**

Hauptstr. 72

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

27299 Langwedel

Land / Country:**Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:**

DE98ZZZ00001224673

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen) / Mandate reference (to be completed by the creditor):

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger **Stockmann & Partner,Zahnärzte**, Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger **Stockmann & Partner,Zahnärzte** auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann / Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem / unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

By signing this mandate form, you authorise (A) the creditor **Stockmann & Partner,Zahnärzte** to send instructions to your bank to debit your account and (B) your bank to debit your account in accordance with the instructions from the creditor **Stockmann & Partner,Zahnärzte**.

As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited.

Zahlungsart / Type of payment: Wiederkehrende Zahlung / Recurrent payment Einmalige Zahlung / One-off payment**Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor name:****Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor address***

* Angabe freigestellt / Optional information

Straße und Hausnummer / Street name and number:**Postleitzahl und Ort / Postal code and city:****Land / Country:****IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 34 Stellen) / IBAN of the debtor (max. 34 characters):****BIC (8 oder 11 Stellen) / BIC (8 or 11 characters):**

Hinweis: Die Angabe des BIC kann entfallen, wenn die IBAN des Zahlungspflichtigen mit DE beginnt.
Note: If the debtor's IBAN starts with DE, the BIC is optional.

Ort / Location:

Verden

Datum (TT/MM/JJJJ) / Date (DD/MM/YYYY):**Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Signature(s) of the debtor:**

manuell