



## Onay beyanı

Muhasebe işlemlerinin bizim üzerimizden yapılması sonucunda diş hekiminizin ofis yönetimine dayalı iş yükü önemli ölçüde azalacaktır. Bu noktada kazanılan zaman, tamamen sizin tedavinize kullanılacaktır!

İş birliği için verilerinizin DZR'ye iletilmesi gerekmektedir. Diş hekiminiz sadece yazılı onayınızı aldıktan sonra kişisel verilerinizi (hekimlerin giz tutma yükümlülüğüne rağmen) bize iletebilir.

Kişisel verilerinizin korunması ve güvenliği çok ciddiye aldığımız önemli bir konudur. Bunun için kapsamlı veri koruma önlemleri sunuyoruz.

Lütfen muvafakatname formunda ve "Hastaların veri koruması için bilgiler" not sayfasında bulunan diğer bilgi ve uyarıları dikkate alın.

### Avantajlarınız

- » Kapsamlı veri koruma önlemleri
- » Kişisel verileriniz emniyetli ve güvenli şekilde işlem görür
- » Diş hekiminiz size ve tedavinize %100 odaklanabilir

# Her yönden mutlu.

Hesap işlemleri konusunda tüm hizmetleri sunuyoruz: Kapsamlı hizmet, güvenilir servis.

Siz diş hekiminize güveniyorsunuz. O da bize güveniyor.



DZR Deutsches Zahnärztliches Rechenzentrum GmbH  
Postfach 10 15 44 | 70014 Stuttgart  
Telefon 0711 99373-4000  
Faks 0711 99373-4030  
E-posta info.stgt@dzt.de  
www.dzt.de/tzv

Banka bilgisi  
APO Bank  
BIC DAAEDEDXXX  
IBAN DE45 3006 0601 0006 6611 14

Genel müdürler  
Konrad Bommas | Thomas Schelhorn | Thomas Schiffer  
Merkez ve Sulh Mahkemesi: Stuttgart HRB 6658

www.dzt.de

%100 PEFC sertifikalı kağıda baskı yapmaktayız.

## Cazip taksitle ödeme ve hizmet imkanları

Sunduğumuz hizmetler Avantajlarınız

DZR

DZR Deutsches Zahnärztliches Rechenzentrum GmbH  
Patienten-Service  
Postfach 10 15 44  
70014 Stuttgart

Taksitle ödeme talebini  
dzr.de/tzv  
üzerinden online aktarın

DZR-S\_TZV\_V12\_06/24



## Uygun ödeme süresi uzatması

Faturalar bazen uygun olmayan zamanlarda gelir. Sebebi ne olursa olsun, DZR size faturanızı daha sonra ödeme imkanı sunar.

### Avantajlarınız

- » Direkt telefonla, gereksiz bürokratik işlemler olmadan anlaşma yapılır
- » Uygun ve hasta odaklı
- » www.dzr.de/zzv web sitemiz üzerinden kolay ve hızlıca işlem



## Geri ödeme hizmeti

Diş hekimi faturanızı verdiniz ve şimdi sağlık sigortası veya yardım sağlayan tarafından sorular mı geldi?

Diş hekiminiz gibi sizin de zamandan tasarruf sağlamanız için size destek sunuyoruz.

Uzman ekibimiz, sigortanıza teslim etmeniz için uygulanan tedavinin açıklamalarını size memnuniyetle hazırlamakta ve gerekirse bunun için diş hekiminizle de görüşmektedir. Bize göre hasta odaklı hizmet tam olarak budur.

### Avantajlarınız

- » Hesap ve geri ödeme sorularında hızlı destek
- » Güncel mahkeme kararları ve yorumlarına dayanan olaya özel ve bireysel yaklaşım
- » 40 yıl geri ödeme hizmetine dayanan tecrübe
- » www.dzr.de/es üzerinden kolay ve rahatça işlem



## Taksitle ödeme talebi

Diş sağlığı konusundaki tasarrufa gitmek, birkaç yıl içerisinde çok daha sancılı ve pahalı hale gelebilir. Bu sebeple sizin için en ideal tedavinin ne olması gerektiği konusunda diş hekiminize danışın. Bizler, ödemeniz gereken katılım payı için size cazip taksitli ödeme modelleri sunabilmesi konusunda muayenehanenizin yardımcısıyız.

### Avantajlarınız

- » 25 Euro'dan itibaren aylık taksit
- » 6 yıla kadar şahsa özel vadeler
- » Toplam 6 aya kadar olan vadelerde faiz ve ücret ödemedir
- » Taksit erteleme, özel ödemeler veya zamanından önce ödeme yapılması her zaman ücretsiz olarak mümkündür
- » www.dzr.de/tzv üzerinden online olarak, posta yoluyla veya doğrudan kolayca telefonla, bürokratik işlemlere gerek kalmadan iletişim imkanı

### Taksitle ödeme bu kadar basit

Taksitlerin tutarını veya vadenin süresini kendiniz belirliyorsunuz. Böylelikle karşılayabileceğiniz en fazla aylık yükü kararlaştırmak da sizin elinizde. Ayrıca, ödemelerin ayın başında mı yoksa ay ortasında mı yapılacağına da yine siz karar verebilirsiniz.

### Masrafsız taksitli ödeme nasıl işler?

Eğer faturanızı 2 ila en fazla 6 ay arasında eşit aylık taksitlerle öderseniz, sizin için taksitli ödemeden kaynaklanan herhangi bir ek masraf doğmayacaktır. Bunun önkoşulu taksitli ödeme talebinizin ve ilk taksitin, fatura tarihinden itibaren 30 gün içerisinde hesabımıza geçmesidir. Ayrıca fatura tutarı, fatura tarihinden itibaren 6 ay içerisinde tam olarak ödenmek zorundadır.

### Dikkat

Kısmi ödeme formunun ana dilinize çevirisi sadece bir servis hizmetidir. Alman yasalarının uygulanması gerektiğinden, ancak başvuru formunu bize orijinal Almanca belge üzerinde imzalı olarak verdiğinizde kısmi ödeme talebinizi işleme alabilmekteyiz. Anlayışınız için teşekkür ederiz. Bunun için Sayfa 3'teki talimatları dikkate alın.

### Vadeler ve masraflar

Fatura tarihinden itibaren hesaplanan taksitli ödeme sözleşmelerinde, toplam ödeme süresine göre aşağıdaki **finansman masrafları** oluşmaktadır:

Aylık faiz:	Vade	Oran
	1-6 ay, aylık	%0,00 *
	7-12 ay, aylık	%0,43 *
	13-48 ay, aylık	%0,63 *
	49-72 ay, aylık	%0,65 *
Efektif yıllık faiz %0,00 ila %14,99 arasındadır.		

Şartlar ve finansman masrafları (aylık faizler) size ayrı olarak gönderilecek olan taksitli ödeme önerisinde bildirilecektir; faizler fatura tarihinden itibaren açık fatura tutarına göre belirlenir.

\* Faiz oranı sebebiyle taksitle ödeme talebi fatura tarihini takip eden 30 gün içinde bildirilmesini gerektirmektedir.

**Aylık asgari taksit: 25,- Euro**  
**Maksimum vade: 6 yıl**

**Özel ödemeler**  
İstediğiniz zaman ücretsiz özel ödemeler yapabilirsiniz.

### Taksit erteleme

Olası finansal bir güçlüğü atlatabilmek için size ücretsiz bir taksit erteleme sunuyoruz (yıllık sözleşme süresinde maks. bir taksit). Bunun için yazılı kısa bir açıklama yeterlidir.

### Zamanından önce ödeme tamamlama

Taksit sözleşmesi her zaman zamanından önce ve başka bir masraf oluşmadan tamamlanabilir.

Bir kısmi ödeme teklifini, ekteki kısmi ödeme isteğiyle veya **www.dzr.de/tzv** adresi üzerinden kolayca talep edebilirsiniz.

### Örnekler

Vade/aylar Fatura tarihinden itibaren	6 ay (masrafsız)	12 ay
<b>Fatura tutarı Euro cinsinde</b>	<b>aylık taksit / toplam tutar</b> Euro olarak (yuvarlak hesap)	
1.000,-	167,-	88,- / 1.052,-
2.000,-	333,-	176,- / 2.103,-
5.000,-	833,-	439,- / 5.258,-
10.000,-	1.667,-	877,- / 10.516,-
20.000,-	3.333,-	1.753,- / 21.032,-
<b>Aylık faiz</b>	%0	%0,43
<b>Efektif faiz</b>	%0	%9,85
<b>Euro cinsinden en düşük taksit tutarı</b>	25,-	25,-

Yıllık efektif faiz ve asgari taksitin tutarı bireysel faktörlere bağlıdır, örneğin 1. taksitin girişine ve toplam sözleşme süresine (maks. 6 yıl).



## Evet, bir kısmi ödeme teklifi almak istiyorum!

Lütfen faturanızı aldıktan hemen sonra bu formu doldurun ve DZR'ye gönderin. Taksitle ödeme talebinizin **sadece DZR fatura numarasıyla bağlantılı olarak** işleme alınabileceğini unutmayın.

Kayıt numarası (numaralar) (Lütfen mutlaka belirtin) Fatura tutarı

Birkaç gün içinde, size özel kısmi ödeme anlaşmanız için bir teklif alacaksınız. **Lütfen şunu dikkate alın:** Birden fazla faturayı bir sözleşmede birleştirmek mümkün değildir.

### Fatura alıcısı

Adı / Soyadı

Cadde / Bina no.

PK / Şehir

Doğum tarihi

Sorular için telefon numarası

Diş hekimi muayenehanem

### Lütfen seçin

veya

**aylık taksit tutarı**  
(ayda en az 25,- Euro)

**vade** (ay olarak)  
(maksimum 72 ay)

### Talep edilen ödeme başlangıcı/ödeme tarihi

her ayın 1'inde

her ayın 15'inde

Şehir/Tarih

Fatura alıcısının imzası

## Yapacağınız işlemler:

### Seçenek 1:

1. Acrobat Reader yardımıyla kendi dilinizdeki formu (Sayfa 2) bilgisayarınızda doldurun. Bilgileriniz otomatik olarak Almanca forma aktarılacaktır.
2. Lütfen Almanca formu yazdırın
3. Başvuru formunu imzalayın
4. Kağıdı iki kez katlayın, pencereli bir zarfa koyun, doğrudan diş doktorunuza verin veya postayla DZR'ye gönderin

### Seçenek 2:

1. Sayfayı yazdırın
2. Başvuru formunu doldurun ve imzalayın
3. Kağıdı iki kez katlayın, pencereli bir zarfa koyun, doğrudan diş doktorunuza verin veya postayla DZR'ye gönderin



## Ja, ich möchte einen Teilzahlungsvorschlag erhalten!

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

In wenigen Tagen erhalten Sie einen Vorschlag für Ihre individuelle Teilzahlungsvereinbarung. **Bitte beachten Sie:** Es ist nicht möglich, mehrere Rechnungen in einer Vereinbarung zusammenzufassen.

### Rechnungsempfängerin oder Rechnungsempfänger

Vorname / Name

Straße / Hausnr.

PLZ / Ort

Geburtsdatum

Telefonnummer für Rückfragen

Meine Zahnarztpraxis

### Bitte wählen Sie

 oder 

**die Höhe der Monatsrate**  
(mind. 25,- Euro monatlich)

**die Laufzeit** (in Monaten)  
(maximal 72 Monate)

### Gewünschter Zahlungsbeginn/-termin

zum 01. eines Monats

zum 15. eines Monats

Ort/Datum

Unterschrift der Rechnungsempfängerin  
oder des Rechnungsempfängers

**DZR Deutsches Zahnärztliches  
Rechenzentrum GmbH**  
 Patienten-Service  
 Postfach 10 15 44  
 70014 Stuttgart