

ANTRAG zur Patiententeilzahlung

Vorab per Fax an: **02241 - 913161**

Original bitte per Post - Fax dient nur zur Voranfrage

ZAG Plus
medicalFinance

Zahntechnische Abrechnungsstelle
Mülheimer Straße 48
53840 Troisdorf

Bitte dem Antrag unbedingt beifügen:

1. Kopie des Personalausweises
2. Aktuelle Gehaltsabrechnung

Wichtig

Vorname, Name - ggf. Geburtsname

Geburtsdatum: Geburtsort:

Anschrift: Straße, Hausnummer

PLZ: Ort: wohnhaft seit:

frühere Anschrift (bei Wohnwechsel innerhalb der letzten 2 Jahre)

ja nein selbständig Zutreffendes ankreuzen

Derzeitige Tätigkeit:

Arbeitgeber: Beschäftigt seit:

Netto-Einkommen monatlich - auch Gemeinschaftseinkommen mit Ehepartner €

Miete incl. Nebenkosten monatlich - Bei Wohneigentum monatliche Belastung angeben: €

Familienstand:

ledig geschieden verheiratet verwitwet Unterhaltspf. Kinder- Anzahl

Bankverbindung:

IBAN: DE

BIC:

Meine Telefonnummer: Bitte Telefonverbindung unbedingt angeben - möglichst Festnetz

Meine E-Mail lautet: Bitte senden Sie mir den Vertrag per E-Mail

Gewünschter Finanzierungsbetrag:

EUR

Gewünschte Laufzeit in Monaten:

6 12 24 36 48 60 72 84

oder: Monatliche Wunschrate mind. EUR 15,00

EUR

Schufa-Klausel: Der Darlehensnehmer willigt ein, daß die finanzierende Bank der für seinen Wohnsitz zuständigen SCHUFA-Gesellschaft (Schutzgemeinschaft für allgemeine Kreditsicherung) Daten über die Beantragung, die Aufnahme (Kreditnehmer, Mitschuldner, Kreditbetrag, Laufzeit, Ratenbeginn) und vereinbarungsgemäße Abwicklung (z. B. vorzeitige Rückzahlung, Laufzeitverlängerung) dieses Kredites und eventueller weiterer Kredite, in die Ansprüche aus diesem Kredit einfließen, übermittelt. Unabhängig davon wird die Bank der SCHUFA auch Daten aufgrund nicht vertragsgemäßer Abwicklung (z. B. Kündigung des Kredites, Inanspruchnahme einer vertraglich vereinbarten Lohnabtretung, beantragter Mahnbescheid bei unbestrittener Forderung sowie Zwangsvollstreckungsmaßnahmen) melden. Diese Meldungen dürfen nach dem Bundesdatenschutzgesetz nur erfolgen, soweit dies zur Wahrung berechtigter Interessen der Bank, eines Vertragspartners der SCHUFA oder der Allgemeinheit erforderlich ist und dadurch meine schutzwürdigen Belange nicht beeinträchtigt werden. Soweit hiernach eine Übermittlung erfolgen kann, befreie ich die Bank zugleich vom Bankgeheimnis. Die SCHUFA speichert die Daten, um den ihr angeschlossenen Kreditinstituten, Leasinggesellschaften, Einzelhandels-, Versandhandels- und sonstigen Unternehmen, die gewerbsmäßig Geld- oder Warenkredite an Konsumenten geben, Informationen zur Beurteilung der Kreditwürdigkeit von Kunden geben zu können. Sie stellt diese Daten ihren Vertragspartnern nur zur Verfügung, wenn diese ein berechtigtes Interesse an der Datenübermittlung glaubhaft darlegen. Die SCHUFA übermittelt nur objektive Daten ohne Angabe des Kreditnehmers: subjektive Werturteile, persönliche Einkommens- und Vermögensverhältnisse sind in SCHUFA-Auskünften nicht enthalten. Der Darlehensnehmer kann Auskunft bei der SCHUFA über die ihn betreffenden gespeicherten Daten erhalten. Der Darlehensnehmer willigt ein, dass im Falle eines Wohnungswechsels die genannte SCHUFA die Daten an die dann zuständige SCHUFA übermittelt. Weitere Informationen über das Schufa-Verfahren enthält ein Merkblatt, das auf Wunsch zur Verfügung gestellt wird. Zugleich willigt er ein, dass die Bank bei der KSV-Kreditschutzvereinigung GmbH, Florianstr. 3, 44139 Dortmund, anfragen kann und bei Krediten ab EUR 50.000,- in gleicher Form und gleichem Umfang Daten übermittelt und die KSV diese Daten in entsprechender Weise nutzt.

Nummer des Personalausweises (unten links) Gültig bis

Ich versichere, dass die vorstehenden und rückseitigen Angaben richtig sind und stimme den Bedingungen zur Schufaklausel, die ich gelesen habe, zu.

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers

Ausstellende Behörde / Stadt Ausstellungsdatum

Die Legitimation wurde geprüft durch:

Praxis:

Stempel

Unterschrift: Zahnärztin / Zahnarzt