

ANTRAG zur Patiententeilzahlung

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

Original bitte per Post - Fax dient nur zur Voranfrage

ZAG Plus
medicalFinance

Zahntechnische Abrechnungsstelle
An der Feuerwache 11
53840 Troisdorf

Bitte dem Antrag unbedingt beifügen:

1. Kopie des Personalausweises
Vorder- und Rückseite
2. Aktuelle Gehaltsabrechnung

Wichtig

Vorname, Name - ggf. Geburtsname		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geburtsdatum	Geburtsort	
Anschrift: Straße, Hausnummer		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PLZ	Ort	wohnhaf seit
frühere Anschrift (bei Wohnwechsel innerhalb der letzten 2 Jahre)		
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	selbständig <input type="checkbox"/> Zutreffendes ankreuzen
Derzeitige Tätigkeit		
Arbeitgeber	Beschäftigt seit <input type="text"/>	

Netto-Einkommen monatlich - auch Gemeinschaftseinkommen mit Ehepartner	€	<input type="text"/>
Miete incl. Nebenkosten monatlich - Bei Wohneigentum monatliche Belastung angeben:	€	<input type="text"/>
Familienstand:		
<input type="checkbox"/> ledig	<input type="checkbox"/> geschieden	
<input type="checkbox"/> verheiratet	<input type="checkbox"/> verwitwet	<input type="checkbox"/> Unterhaltspf. Kinder- Anzahl
Bankverbindung:		
Kontonummer:	Bankleitzahl:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Bank / Sparkasse / Institut		
Meine Telefonnummer: <input type="text"/>		
Bitte Telefonverbindung unbedingt angeben - möglichst Festnetz		
Meine E-Mail lautet: <input type="text"/>		
Bitte senden Sie mir den Vertrag per E-Mail <input type="checkbox"/>		

Gewünschter Finanzierungsbetrag:

Gewünschte Laufzeit in Monaten:

<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 12	<input type="checkbox"/> 24	<input type="checkbox"/> 36	<input type="checkbox"/> 48	<input type="checkbox"/> 60	<input type="checkbox"/> 72	<input type="checkbox"/> 84
----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------

oder: Monatliche Wunschrate mind. EUR 15,00

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 vertragsge-mäßer Abwicklung (z. B. Kündigung des Kredites, Inanspruchnahme einer vertraglich vereinbarten Lohnabtretung, beantragter Mahnbescheid bei unbestrittener Forderung sowie Zwangsvoll-streckungsmaßnahmen) 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, Informa-tionen 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
<input type="text"/>	<input type="text"/>

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
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Die Legitimation wurde geprüft durch:

Praxis:

Stempel

Unterschrift: Zahnärztin / Zahnarzt