

Diese Bestätigung bitte
 abtrennen und ausgefüllt
 zurücksenden an:

SCHUFA-Klausel

Ich / Wir willige(n) ein, dass die BHW Bank AG der SCHUFA Holding AG, Hagenauer Straße 44, 65203 Wiesbaden, Daten über Beantragung, die Aufnahme (Darlehnsnehmer, Darlehnsbetrag, Laufzeit, Ratenbeginn) und vereinbarungsgemäße Abwicklung (z.B. vorzeitige Rückzahlung, Laufzeitverlängerung) dieses Darlehns übermittelt.

Unabhängig davon wird die BHW Bank AG der SCHUFA auch Daten aufgrund nicht vertragsgemäßen Verhaltens (z.B. Forderungsbetrag nach Kündigung, Karten- oder Kreditkartenmissbrauch) übermitteln. Diese Meldungen dürfen nach dem Bundesdatenschutzgesetz nur erfolgen, soweit dies nach der Abwägung aller betroffenen Interessen zulässig ist.

Insoweit befreie(n) ich/wir die BHW Bank AG zugleich vom Bankgeheimnis.

Die SCHUFA speichert und übermittelt die Daten an Ihre Vertragspartner im EU-Binnenmarkt, um diesen Informationen zur Beurteilung der Darlehnswürdigen von natürlichen Personen zu geben. Vertragspartner der SCHUFA sind vor allem Kreditinstitute sowie Kreditkarten- und Leasinggesellschaften. Daneben erteilt die SCHUFA auch Auskünfte an Handels-, Tele-kommunikations- und sonstige

Unternehmen, die Leistungen und Lieferungen gegen Kredit gewähren.

Die SCHUFA stellt personenbezogene Daten nur zur Verfügung, wenn ein berechtigtes Interesse hieran im Einzelfall glaubhaft dargelegt wurde. Zur Schuldnerermittlung gibt die SCHUFA Adressdaten bekannt. Bei der Erteilung von Auskünften kann die SCHUFA ihren Vertragspartnern ergänzen einen aus ihrem Datenbestand errechneten Wahrscheinlichkeitswert zur Beurteilung des Kreditrisikos mitteilen (Score-Verfahren).

Ich kann Auskunft bei der SCHUFA über die mich betreffenden gespeicherten Daten erhalten. Weitere Informationen über das SCHUFA-Auskunfts- und Score-Verfahren enthält ein Merkblatt das auf Wunsch zur Verfügung gestellt wird.

Die Adresse der SCHUFA lautet:
 SCHUFA Holding AG, Verbraucherservice,
 Postfach 600509, 44845 Bochum
 SCHUFA Holding AG, Verbraucherservice,
 Postfach 5640, 30056 Hannover

Ich/Wir willigen ein, dass im Falle eines Wohnsitzwechsels die vorgenannte SCHUFA die Daten an die dann zuständige SCHUFA übermittelt. Die SCHUFA-Klausel erkenne/n ich/wir durch Unterzeichnung des Vorvertrages/ Darlehnsvertrages an.

Gewünschte Laufzeit in Monaten

6 **12** **24** ab **25**

Voraussichtlicher Finanzierungsbeitrag

EURO

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



Zentrale: Gasweg 26 • 26135 Oldenburg
 Tel.: 04 41 / 60 85 85 • Fax 04 41 / 60 85 00
 info@zpt-dental.de • www.zpt-dental.de

**Ihre Vorteile bei der
 Zahntechnik Peter Töllner**

- ✓ Bis zu 5 Jahre Garantie
- ✓ Vom deutschen TÜV zertifiziert (DIN ISO 9001)
- ✓ Verwendung CE-geprüfter Materialien
- ✓ Zahnersatz-Teilzahlung
- ✓ Verarbeitung nach deutschem Qualitätsstandard
- ✓ Persönliche und individuelle Beratung
- ✓ Nacht-Reparaturdienst
- ✓ Wochenend- Notreparaturdienst
- ✓ Gerne fertigen wir Ihnen ein individuelles und unverbindliches Angebot



Gerne berät Sie unsere
 Mitarbeiterin:
Marion Möhlenbrock
 Sekretariat

(Zahnmedizinische Fachangestellte)



04 41 / 60 85 85



Zentrale: Gasweg 26 • 26135 Oldenburg
 Tel.: 04 41 / 60 85 85 • Fax 04 41 / 60 85 00
 info@zpt-dental.de • www.zpt-dental.de

Gökerstrasse 79a • 26384 Wilhelmshaven
 Tel.: 04421 / 33 112 • Fax 04421 / 33 113
 info@zpt-dental.de • www.zpt-dental.de

Patienten-Information!

**Zahnersatz
 Finanzierung**



Lust auf schöne Zähne?

Wir helfen Ihnen mit günstigen Finanzierungsangeboten! In Zusammenarbeit mit der **BHW**





Ihr Zahnarzt

legt genau wie Sie größten Wert auf Ihre bestmögliche Zahnversorgung. Die Zuzahlungen Ihrer Krankenkasse reichen oft nicht aus, Ihre Wünsche für gutes Aussehen zu ermöglichen. Damit Sie nicht auf gesunde Zähne verzichten müssen, bietet die Zahntechnik Peter Töllner in Zusammenarbeit mit der **BHW** ein attraktives Finanzierungsmodell an.

Finanzierungskosten, die Kompromisse überflüssig machen, werden Sie überzeugen.

Wählen Sie Ihre gewünschte Laufzeit:

| | | | | |
|------------------------------|-------|-------|-------|-------|
| Laufzeit Monate | 6 | 12 | 24 | ab 25 |
| Effektiver Jahreszins | 0,0 % | 2,90% | 6,90% | 7,99% |

Behalten Sie Ihre Individualität!

Und so einfach gehts:

Vorantrag

Nach Erstellung des Heil- und Kostenplans steht Ihr voraussichtlicher Eigenanteil für die Behandlung fest. Tragen Sie diesen Betrag in den unverbindlichen VORANTRAG ein und schicken diesen komplett ausgefüllt an die **BHW**.

Die BHW bearbeitet Ihren Vorantrag kurzfristig und schickt Ihnen den fertigen Finanzierungsvertrag zu, den Sie im Bedarfsfall unterschrieben zurücksenden.

Jetzt können Sie die Behandlungstermine mit Ihrer Zahnarztpraxis festlegen und der Zahnarzt kann mit der Behandlung beginnen.

Nach Bestätigung über das Behandlungsende (durch Ihren Zahnarzt), überweist die **BHW** den finanziellen Eigenanteil direkt an Ihren Zahnarzt, Sie zahlen lediglich in bequemen, günstigen Monatsraten.

Vorantrag

Vorname, Name - ggf. Geburtsname

| | | |
|-----|-------|------|
| Tag | Monat | Jahr |
|-----|-------|------|

Geburtsdatum

Geburtsort

Anschrift: Straße, Hausnummer

PLZ

Ort

wohnhaft seit

frühere Anschrift (bei Wohnwechsel innerhalb der letzten 3 Jahre)

| | |
|----------------------|---|
| Derzeitige Tätigkeit | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| | selbständig |

Arbeitgeber

Beschäftigt seit

Netto-Einkommen

| | | | | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|--------------------------------|---|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| ledig | verheiratet | geschieden | verwitwet | Unterhaltspf. Kinder-Anzahl | Miete inkl. Nebenkosten monatl.: Bei Wohneigentum monatliche Belastung bitte angeben: |

Bitte dem Antrag beifügen:

1. Kopie des Personalausweises
2. Kopie der letzten Gehaltsabrechnung
3. EC / Kreditkarten-Nr.
4. Kreditinstitut/Ort
5. Konto-Nr.

Rückseite bitte auch ausfüllen und Unterschreiben!
Beachten Sie bitte auch die Schufa-Klausel!

Praxis-Stempel

Unterschrift: Zahnärztin/Zahnarzt