

MUSTER

Zahlungsvereinbarung Ratenzahlung

zwischen

Herrn / Frau (Patient/Zahlungspflichtiger/gesetzlicher Vertreter)

Anschrift

und

Herrn / Frau (Zahnarzt)

Anschrift

wird vereinbart, die Forderung aus der Liquidation Nr. _____ vom _____
in Raten wie nachstehend aufgeführt auszugleichen:

Barzahlungsbetrag € _____

Teilzahlungsbetrag € _____

(Gesamtbetrag von Anzahlung
und allen vom Zahlungspflichtigen
zu entrichtenden Teilzahlungen
einschließlich Zinsen und sonstiger Kosten)

Die Verzinsung des Barzahlungsbetrages erfolgt zum gesetzl. Zinssatz von 4 % jährlich.

Rate	Betrag	zahlbar bis
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

Bei Zahlungsverzug wird der gesamte verbliebene Restbetrag sofort fällig.

Ort / Datum

Unterschrift des Zahlungspflichtigen

Unterschrift des Zahnarztes

Dem Zahlungspflichtigen bzw. seinem gesetzlichen Vertreter wurde eine Ausfertigung dieser Vereinbarung ausgehändigt.