

Hiermit stelle ich kostenlos nachfolgende unverbindliche Finanzierungsanfrage:

Um Ihnen ein unverbindliches Finanzierungsangebot erstellen zu können, **müssen zwingend** alle Felder ausgefüllt werden.

Name der Zahnarztpraxis / Ort	
zu finanzierender Betrag in €	
gewünschte Laufzeit in Monaten	6 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 18 <input type="checkbox"/> 24 <input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> 36 <input type="checkbox"/> 48 <input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/>
oder monatliche Wunschraten in €	
Vor- und Nachname, Geburtsname	Herr <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/>
(Für Mit Antragsteller bitte separates Formular verwenden.)	
Geburtsdatum	Geburtsort
Telefon	
E-Mail	
Anschrift: Straße, Hausnummer, PLZ, Ort	
wohnhafte seit (MM.JJ)	
Wohnort	<input type="checkbox"/> Mieter <input type="checkbox"/> Eigentümer mit Hypothek <input type="checkbox"/> bei Familie <input type="checkbox"/> Eigentümer ohne Hypothek
frühere Anschrift (falls Wohnortwechsel innerhalb der letzten 3 Jahre)	

**Senden Sie uns Ihren Vorantrag per Post,
E-Mail: anfrage@zahnersatz-zinsfrei.de
oder Fax: (0351) 418996489**

Familienstand
Anzahl unterhaltsberechtigter Kinder
Staatsangehörigkeit <input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> andere → in Deutschland seit: _____
Ausweisart <input type="checkbox"/> deutscher Personalausweis <input type="checkbox"/> deutscher Reisepass <input type="checkbox"/> EU-Personalausweis <input type="checkbox"/> EU-Reisepass <input type="checkbox"/> ausländischer Reisepass / Aufenthalt <u>unbefristet</u> <input type="checkbox"/> ausländischer Reisepass / Aufenthalt <u>befristet bis</u> : _____
Ausweisnummer <small>(neustellig)</small>
ausstellende Behörde
gültig bis (TT.MM.JJ)
Arbeitsverhältnis seit (MM.JJ): _____ <input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> angestellt → <input type="checkbox"/> unbefristet <input type="checkbox"/> befristet <input type="checkbox"/> derzeit in Probezeit <input type="checkbox"/> zur Zeit keine berufliche Tätigkeit <input type="checkbox"/> Rentner
Name, Anschrift und Telefonnummer der Firma
Nettoeinkommen/Monat in €

Ihre Vorteile auf einen Blick:

- ✓ 0 % Zinsen bei einer Laufzeit des Darlehens von bis zu 60 Monaten
- ✓ keine versteckten Kosten für Patienten und Zahnarztpraxis
- ✓ Sondertilgung möglich
- ✓ kompletter Eigenanteil finanzierbar



Bitte Personalausweis-Kopie (Vorder- u. Rück-) beifügen!

Rateneinzug der Finanzierung

zum 1. eines Monats zum 15. eines Monats

Kreditinstitut

IBAN

Ort, Datum _____

Unterschrift _____

Einwilligungserklärung:
Ich stelle eine Anfrage zur Herausgabe eines Darlehens. Ich bin damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten zu diesem Zweck an die vom Darlehensvermittler angefragte ggf. darlehensgebende Bank Ostächsische Sparkasse Dresden (nachfolgend Bank genannt) übermittelt werden. Die Bank verarbeitet und nutzt diese Daten zur Prüfung der Kreditanfrage. Im Rahmen dieser Prüfung wird die Bank eine Anfrage über den Antragsteller bei der Schufa Holding AG stellen. Ich bin weiterhin damit einverstanden, dass die Mitarbeiter des von mir beauftragten Vermittlers Lexmann Darlehensvermittlungs GmbH meine Daten zur Kreditbonitätsprüfung erhalten und an die Bank weiterleiten dürfen. Ich befreie die Bank insoweit vom Bankgeheimnis. Ich versichere, dass die vorstehenden und rückseitigen Angaben richtig sind und stimme den Bedingungen der umseitigen SCHUFA-Klausel, die ich gelesen habe, zu.