



Reg.-Nr. **28.12.2009** Datum

Patient **ABZR**

Allgemeine Angaben

Telefon **089 89219-6** Telefon **089 89219-892**

Internet **www.abz-zf.de/service** E-Mail **info@abz-zf.de**

Telefonnummern

Telefon **089 89219-6** Telefax **089 89219-892**

Internet **www.abz-zf.de/tzv** fuer Teitzahlung online beantragen!

Servicezeiten Mo - Fr 8.00 - 17.00 Uhr

Sie unsere Rechnung über die von Ihrer Zahnärztin/Ihrem Zahnarzt erbrachten
 rüche wurden mit Ihrer freundlichen Zustimmung an uns abgetreten. Wir bitten
 endung des beigefügten Überweisungsformulars bis zum **27.01.2010**
 n wir uns den Hinweis, dass eine Zahlung mit schuldbefreiender Wirkung nur an
 chnung oder Ihrer Zahlung haben, wenden Sie sich bitte immer unter Angabe
 (g.-Nr.) an die o.g. Servicetelefon-Nummer.

g nicht rechtzeitig begleichen können, bitten wir Sie, sich möglichst kurzfristig
 it Ihnen eine individuelle Lösung vereinbaren können.

Unternehmen der strikten Geheimhaltung unterliegen, wacht ein
 die ordnungsgemäße Anwendung des Bundesdatenschutzgesetzes in unserem
 n Daten werden aufgrund steuer- und handelsrechtlicher Vorschriften zehn

220910158 · Geschäftsführer: Rudolf Prangen, Dr. Walter Donhauser, Martin Beer, Dr. Hartmut Ohm

ng / Zahlschein

Den Vordruck bitte nicht
 beschädigen, knicken,
 bestempeln oder beschmutzen.

des überweisenden Kreditinstituts

gter: Name, Vorname / Firma (max. 27 Stellen)

Zahnärztliches Rechenzentrum für Bayern GmbH

des Begünstigten

443443

tut des Begünstigten

Bank

ferenznummer - V

R. 5306C

insgesamt max. 2 Zeilen à 27 Stellen)

g / Einzahler: Name, Vorname / Firma, Ort (max. 27 Stellen, keine Straßen- oder Postfachangaben)

Bankleitzahl

Bankleitzahl

600 906 09

EUR

Betrag: Euro, Cent

1.043,51

(nur für Begünstigten)