

Darlehensantrag

Ich beantrage einen Sparkassen-Zahnkredit.

Name, Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Telefonnummer

E-Mail-Adresse

behandelnder Zahnarzt

Belastungskonto für Darlehensraten:

IBAN

Selbstauskunft:

mtl. Nettoeinkommen

Arbeitgeber

Selbstständig?

ja

nein

Familienstand

Monatsmiete inkl. NK. bzw. bei Wohneigentum
mtl. Belastung inkl. Bewirtschaftungskosten

unterhaltspfl. Kinder

**Bitte Kopie des Personalausweises
und aktuelle Gehaltsbescheinigung
beilegen!**

Mein Darlehenswunsch:

Betrag (mind. 300,00 €, max. 10.000,00 €)

oder

Laufzeit (mind. 6 Monate,
max. 84 Monate)

Rate (mind. 15,00 €)

Ich stimme zu, dass mein Zahnarzt / Dentallabor über das Zustandekommen des Darlehensvertrages oder über eine eventuelle Ablehnung unterrichtet wird. Die Gründe für eine Ablehnung werden nicht mitgeteilt.

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers

Legitimationsdaten:

Personalausweisnummer

Ausstellungsdatum, Ort

Bestätigung der Zahnarztpraxis:

Dem o. g. Antragsteller wurde in unserer Praxis ein Heil- und Kostenplan mit einer Eigenbeteiligung in Höhe des gewünschten Darlehensbetrages erstellt. Wir haben die Legitimation des Kunden geprüft.

Stempel und Unterschrift der Zahnarztpraxis

Bitte senden Sie den ausgefüllten Antrag
und die beigelegten Unterlagen an:

Saalesparkasse
Bereich Kreditservice
06093 Halle