

# 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