

## Vereinbarung über eine Abschlagszahlung zum Heil- und Kostenplan für GKV-Versicherte

zwischen

\_\_\_\_\_  
(Patient/Zahlungspflichtiger bzw. gesetzlicher Vertreter)

\_\_\_\_\_  
(Anschrift)

und

\_\_\_\_\_  
(Zahnarzt)

o.g. Patient leistet für anfallende Kosten für zahntechnische Leistungen folgende Abschlags-  
zahlungen:

bei Gerüstanprobe	_____ €
bei Rohbrandeinprobe	_____ €
bei Eingliederung	_____ €

Gesamtbetrag Anzahlungen	_____ €
Restbetrag	_____ €

Der Restbetrag in Höhe von \_\_\_\_\_ € ist innerhalb von 14 Tagen nach Rechnungs-  
stellung zu zahlen.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift des Patienten/Zahlungspflichtigen/ gesetzlichen Vertreter

.....  
Unterschrift Zahnarzt

Dem Zahlungspflichtigen wurde eine Ausfertigung dieser Vereinbarung ausgehändigt.