

# LIZENZBESTELLUNG

ALS ANLAGE ZUM SOFTWARE-VERTRAG

CGM ALBIS

Arztinformationssystem

Faxbestellung an **+49 (0) 261 8000-1650** oder per E-Mail an **VERWALTUNG@ALBIS.DE**

## eGK-ANWENDUNG:

### ELEKTRONISCHER MEDIKATIONSPLAN

VERTRAGSNEHMER	
Praxisname	Betriebsstätten-Nummer (BSNR)
	CGM ALBIS-Kunden-Nr.
Ansprechpartner/Geschäftsführer	PLZ/Ort

NUTZENDE ÄRZTE													
Titel	Vorname	Name	LANR						BSNR				

## ICH/WIR BESTELLE/N FOLGENDES MODUL:

eMP – ELEKTRONISCHER MEDIKATIONSPLAN				
Anzahl	Art.-Nr.	Produkt	einm. Lizenzpreis	mtl. SWP'
	<b>30018839</b>	<b>eMP – elektronischer Medikationsplan (eGK-Anwendung) – je BSNR</b>	<b>399,00 €**</b>	4,90 €***
	<b>30018840</b>	<b>eMP – elektronischer Medikationsplan (eGK-Anwendung) – je LANR</b>	<b>150,00 €**</b>	1,00 €***

\* SWP = Software-Pflegegebühr je Monat

\*\* CGM BMP-Lizenzinhaber erhalten bei einer Bestellung bis 30.04.2021 einen Rabatt von 100 % auf den Lizenzpreis.

\*\*\* Vertragsbeginn/Rechnungsstellung ab Lieferung der Module

Ein gültiger Software-Vertrag ist Voraussetzung für die Nutzung der Software. | Alle Preise sind netto zzgl. der gesetzlichen MwSt. | Die Abrechnung der obligatorischen Software-Pflegegebühren erfolgt wie im bestehenden Software-Vertrag mit dem Vertragsnehmer vereinbart. | Änderungen und Irrtümer vorbehalten. | Dienstleistungen wie Installation, Einrichtung oder Schulung sind nicht Bestandteil dieser Vereinbarung. Diese werden ausschließlich über autorisierte ALBIS Vertriebs- und Servicepartner erbracht und gesondert von diesen Angeboten abgerechnet. | Lieferung und Berechnung der Lizenz erfolgen über einen autorisierten ALBIS Vertriebs- und Servicepartner.

**Mit Unterschrift der/des Vertragsnehmer/s werden die Allgemeinen Geschäftsbedingungen (AGB) der CompuGroup Medical Deutschland AG, Geschäftsbereich ALBIS akzeptiert sowie die Richtigkeit der Angaben auf diesem Formular bestätigt.** Die aktuellen AGB können unter [cgm.com/albis-agb](http://cgm.com/albis-agb) eingesehen werden. Nebenabreden jeglicher Art bedürfen der Schriftform und sind vor Vertragsschluss von der CompuGroup Medical Deutschland AG zu bestätigen.

Ort/Datum

Unterschrift des Vertragsnehmers