

Fax: +49 (0) 261 8000-2029 | E-Mail: service@telemed.de | TELEMED-Infoline: T +49 (0) 261 8000-2007

HIERMIT BESTELLE ICH:

TELEMED MOBILE PRAXIS CENTER (1, ID43)

Je Lizenz: 524,- € einmalig + Nutzungsgebühr 9,90 € mtl. (ID1169)
zzgl. Freischaltung 29,90 € je Lizenz

Anzahl:

AKTION: 3x TELEMED MOBILE PRAXIS CENTER (1, ID147)

3 Lizenzen: 999,- € einmalig + Nutzungsgebühr 3x 9,90 € mtl. (ID1169)
Freischaltung 3x 29,90 €

Sie sparen 573,- €!

Ich wünsche eine Installationsunterstützung per Fernwartung (ID330)

99,- € einmalig (Beinhaltet: Bis zu 45 min. Installationsunterstützung per Fernwartung)

BEI NEUBESTELLUNG VON MEHREREN HEIMARBEITSPLÄTZEN:

Zugriff der Sticks auf denselben PC in der Praxis? Ja Nein

IST BEREITS DAS TELEMED MOBILE PRAXIS CENTER IM

EINSATZ? Ja Nein

Falls ja, Zugriff der Sticks auf denselben PC? Ja Nein

SYSTEMVORAUSSETZUNG:

Bitte achten Sie darauf, dass der Praxis-PC, auf den zugegriffen werden soll, Terminaldienste unterstützt. Dies ist insbesondere bei folgenden Betriebssystemen der Fall: Windows 10 Professional/Enterprise, Windows Server 2012, 2016, 2019. Der Praxis-PC, auf den zugegriffen wird, hat folgendes Betriebssystem:

Es gelten die zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses gültigen TELEMED-Preislisten. Alle Preise inkl. der gesetzlichen Mehrwertsteuer.

(1) TELEMED Mobile Praxis Center (Heimarbeit weltweit via USB-Stick) kann über jeden Online-Zugang genutzt werden. In der Praxis ist kein gesondertes Endgerät erforderlich.

TELEMED-RECHNUNG PER E-MAIL:

Rechnungen werden von TELEMED automatisch an Ihre E-Mail-Adresse geschickt.

E-Mail-Adresse:

ODER

TELEMED-RECHNUNG PER POST:

Bitte senden Sie mir meine TELEMED-Rechnung per Post. Bei Versand der TELEMED-Rechnung per Post berechnet TELEMED eine monatliche Bearbeitungsgebühr von 1,50 € zzgl. 0,80 € Porto.



Praxisstempel

Ort/Datum

Vorname/Nachname (in Druckschrift)

Unterschrift

Verkäufer/DVO (optional)

SEITE 1 VON 2



WICHTIGE ANGABEN ZU MEINER BESTELLUNG:

Herr Frau Titel

Vorname

Nachname

Straße/Hausnummer

PLZ/Ort

Praxissoftware

CGM-Kundennummer

Telefonnummer

Mobilnummer

Faxnummer

Geburtsdatum

Falls abweichend, künftiger Ansprechpartner für TELEMED in Ihrer Praxis:

Titel/Vorname/Nachname/Telefonnummer

Bitte wählen Sie eine Praxisform aus:

- Einzelpraxis Praxisgemeinschaft
 Gemeinschaftspraxis MVZ
 Überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft

Ich bin damit einverstanden, den
TELEMED-Newsletter zu erhalten.

Ich versichere die Richtigkeit der von mir gemachten Angaben. Die Allgemeinen Geschäftsbedingungen (AGB) für die Nutzung des Kommunikationsdienstes von TELEMED habe ich gelesen und bin mit ihrer Geltung einverstanden. Die AGB sind online unter www.cgm.com/telemed-download einsehbar. Mir ist bekannt, dass die Erteilung meiner Einzugsermächtigung Voraussetzung für den wirksamen Abschluss und wesentlicher Bestandteil dieser Vereinbarung ist.

SEITE 2 VON 2

Bitte senden Sie mir mein Angebot bzw. Informationen zu:

- TELEMED Protect-Pakete (Silber, Gold, Platin) für die IT-Sicherheitsrichtlinie gemäß § 75b SGB V
- TELEMED Protect Firewall Pro
- TELEMED Connect Phone
- TELEMED Connect TIF
- TELEMED Connect SIS
- TELEMED Protect Endpoint Pro
- CLICKDOC Videosprechstunde

EINZUGSERMÄCHTIGUNG

Hiermit ermächtige ich TELEMED widerruflich, die vereinbarten Gebühren von nachstehendem Konto einzuziehen. Zur Abgabe dieser Erklärung bin ich berechtigt.

IBAN

BIC

Ort/Datum/Unterschrift

Praxisstempel

CompuGroup Medical Deutschland AG · GB TELEMED · Maria Trost 21
56070 Koblenz · T +49 (0) 261 8000-2007 · F +49 (0) 261 8000-2029
service@telemed.de · cgm.com/telemed · Servicezeiten: Mo–Fr von
08:00–17:00 Uhr · Ust.-ID-Nr.: DE175763043

Änderungen und Irrtümer vorbehalten.
CGMCOM-10907_4_TEL_050721_CC_V2