

An: FAX: 0 261 - 5400 9154 Email: clinica.support@akut-de.cgm.com CGM Clinical Deutschland GmbH Zur Lüre 44 37671 Höxter	Von (Auftraggeber) Kunden-Nr. _____ Kunde: _____ PLZ/Ort: _____ Straße: _____ Ansprechpartner: _____ EMAIL: _____
---	--

Dienstleistungsauftrag

Hiermit beauftragt der Auftraggeber den Auftragnehmer mit der Erbringung der folgenden Dienstleistungen.

Anlass des Einsatzes: **Rufbereitschaft Release V2202 (per Telefon/DFÜ)**

Dauer des Einsatzes: 2 Stunden 3 Stunden

Wunschtermin am Beginn:

Alternativtermin am Beginn

Alternativtermin am Beginn

Hiermit bestätigen wir, dass wir die Kosten für die Rufbereitschaft des Mitarbeiters der CGM Clinical Deutschland GmbH in Höhe von 70,00 € pro angefangener Stunde der Rufbereitschaft und bei Inanspruchnahme von Dienstleistungen zusätzlich die hierbei anfallenden Kosten in Höhe von 165,00 € pro Stunde übernehmen.

Alle Preise verstehen sich zzgl. der gesetzlichen Mehrwertsteuer.

Ort / Datum	Unterschrift
--------------------	---------------------