

TELEMED PROTECT ENDPOINT PRO

TELEMED PROTECT PATCH

Fax: 0261 8000-2029 | E-Mail: service@telemed.de | TELEMED-Infoline: 0261 8000-2007

HIERMIT BESTELLE ICH:

**TELEMED PROTECT
ENDPOINT PRO** (1, 2, ID259)

ANZAHL

6,90 € mtl./Lizenz

LAUFZEIT: 3 JAHRE
FREISCHALTUNG 19,90 € einmalig

**TELEMED PROTECT
PATCH** (2, 3, ID260)

ANZAHL

2,90 € mtl./Lizenz

LAUFZEIT: 3 JAHRE
FREISCHALTUNG 19,90 € einmalig

Voraussetzung ist eine
TELEMED Protect Endpoint Pro Lizenz.

Es gilt die zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses gültige TELEMED-Preisliste. Alle Preise inkl. der gesetzlichen Mehrwertsteuer.

(1) Basierend auf Panda Adaptive Defense 360, einschließlich Antimalwareschutz, Personal Firewall, Web- und Mail Filter, Diebstahlschutz für Mobilgeräte (Android), Device Control, Wiederherstellungsmaßnahmen, Echtzeitüberwachung und Reports, profilbasiertem Schutz, zentralisierter Gerätesteuerung sowie Webüberwachung und -filterung. Dienstleistungen werden durch Ihren TELEMED Servicepartner erbracht.

(2) Für die Nutzung des zentralen, gemanagten Signaturdienstes, die Zusendung aktiver Informationen sowie von Reports ist ein Online-Zugang am jeweiligen Praxisarbeitsplatz erforderlich.

(3) Basierend auf Panda Patch Management. Das Produkt TELEMED Protect Patch setzt eine TELEMED Protect Endpoint Pro Lizenz voraus.

Der Vertrag kann mit einer Kündigungsfrist von 3 Monaten zum Ende der Mindestvertragslaufzeit gekündigt werden. Wird nicht rechtzeitig gekündigt, verlängert sich der Vertrag automatisch um die Vertragslaufzeit von 36 Monaten.

TELEMED-RECHNUNG PER E-MAIL:

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

E-Mail-Adresse:

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.

ODER

[]

Praxisstempel

Ort/Datum

Vorname/Nachname (in Druckschrift)

Unterschrift

Verkäufer/DVO (optional)

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 Ihrer Praxis für TELEMED:

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 sowie ggf. produktbezogene mitgeltende besondere Geschäftsbedingungen und Leistungsbeschreibungen, habe ich gelesen und bin mit ihrer Geltung einverstanden. Die AGB, besonderen Geschäftsbedingungen und Leistungsbeschreibungen sind online unter www.cgm.com/telemmed-download im Bereich „Preislisten und Verträge“ einsehbar. Mir ist bekannt, dass die Erteilung meiner Einzugsermächtigung Voraussetzung für den wirksamen Abschluss und wesentlicher Bestandteil dieser Vereinbarung ist.

BITTE SENDEN SIE MIR MEIN ANGEBOT BZW. INFORMATIONEN ZU:

- TELEMED Protect Pakete (Silber, Gold, Platin) für das Digitale-Versorgung-Gesetz
- TELEMED Protect Firewall Pro
- TELEMED Connect Phone
- TELEMED Connect TIF
- TELEMED Connect SIS
- TELEMED Mobile Praxis Center

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]
Änderungen und Irrtümer vorbehalten.
CGMCOM-10666_TEL_0220_PRR1

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