

Servicevertrag für eHealth-BCS-Terminals

Bitte unterschrieben per Post zurücksenden oder per Fax an 040/847808

Via da Vinci – Partner:

Praxis: _____

 BS-Nr: _____
 Straße: _____
 PLZ/Ort: _____
 Ansprechpartner: _____
 Telefon: _____
 Telefax: _____
 Handy: _____
 Homepage: _____
 Email: _____

Bankverbindung
 Für die Lastschriften der Via da Vinci.dialog GmbH

Konto-Nummer: _____
 Bankleitzahl: _____
 Institut: _____
 Inhaber: _____

Depot-Servicepaket*

Für bis zu 2 Terminals je Praxis: mtl. 9,90 Euro *
 Jedes weitere Terminal: mtl. 3,00 Euro *
 * Preis inkl. MwSt.

Standort: _____
 Straße: _____
 PLZ/Ort: _____
 Telefon: _____
 Telefax: _____
 Ansprechpartner: _____

Gerätebezeichnung	Seriennummer
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

*** Depot-Service:**
 Technische Hotline und 24h Vorab-Austauschservice bei Geräteausfällen. Im Falle eines Geräteausfalles liefern wir zum nächsten Werktag ein Ersatzgerät in die Praxis und sorgen für die Abholung des defekten Lesegerätes nach Vereinbarung. Die Anforderung muss bis 14.00 Uhr vorliegen. Für die telefonische Beratung werden keine Zusatz-Gebühren berechnet.

Ich erkenne die Via da Vinci.dialog GmbH Geschäftsbedingungen hiermit ausdrücklich an. Mit dem Lastschrifteinzug sowie der Speicherung der Daten gemäß § 28 ABS. 1 Bundesdatenschutzgesetz bin ich einverstanden.

Der Servicevertrag wird für 12 Monate abgeschlossen und verlängert sich automatisch, wenn nicht 3 Monate vor Ablauf des Jahres gekündigt wird. Die Abbuchung erfolgt für ein Jahr im Voraus bei Abschluss des Vertrages.

Bemerkungen

Datum: _____

Ort, Datum: _____

Unterschrift Via da Vinci-Partner:

Unterschrift Via da Vinci.dialog GmbH
