

ELEFANT PRAXISSOFTWARE FÜR PSYCHOTHERAPEUTEN

PRAXEN MIT KV-ZULASSUNG	EINMALIG	MONATLICH	PRAXEN OHNE KV-ZULASSUNG	3-JAHRES-LIZENZ EINMALIG	3-JAHRES-LIZENZ VERLÄNGERUNG JÄHRLICH
<input type="checkbox"/> Elefant Version Classic	239,00 €	21,80 €	<input type="checkbox"/> Elefant Junior	239,00 €	57,00 €
<input type="checkbox"/> Elefant Version Profi	259,00 €	25,80 €	<input type="checkbox"/> Elefant Junior-Profi	259,00 €	67,00 €

UPDATE	BEMERKUNGEN
<input type="checkbox"/> Download 5,20 € pro Jahr	Jedes Quartal erhalten Sie ein Update mit aktuellen KBV-Daten.

ZUSATZMODULE	EINMALIG	MONATLICH
<input type="checkbox"/> Security-Mode	0,00 €	5,00 €
<input type="checkbox"/> Therapiepräsentationen (abhängig von der Anzahl 1-7)	35,00 bis 140,00 €	0,00 €
<input type="checkbox"/> TestOS	0,00 €	16,60 €
<input type="checkbox"/> Hogrefe (HSI-online)	0,00 €	je Testdurchführung (Preise über Hogrefe)

BESTELLUNG

- Hiermit bestelle ich verbindlich die ausgewählten Module.
- Ich zahle per SEPA-Basislastschrift. Für die Zahlung ist ein allgemeines SEPA-Lastschriftmandat für HASOMED erforderlich. Die Einzugsermächtigung finden Sie auf der nächsten Seite.
- Ich zahle per Rechnung.

Antragsteller/in

.....
 Titel/Berufsbezeichnung/Facharztgruppe

.....
 Name, Vorname

Praxisdaten

.....
 Praxisname

.....
 BSNR/LANR

.....
 Telefon, Fax

.....
 E-Mail

.....
 Straße, Hausnummer

.....
 PLZ, Ort

.....
 Ort, Datum

Weitere Angaben für die Elefant-Lizenz (optional)

.....
 Ich wurde geworben von (Name, Vorname und Ort)

.....
 Liefertermin für die Elefant-Lizenz (z.B. wenn Sie Ihre Praxis erst später eröffnen)

.....
 abweichender Name, Vorname

.....
 abweichende Adresse (Straße, Hausnummer)

.....
 abweichende Adresse (PLZ, Ort)

.....
 Unterschrift

Ermächtigung zur SEPA-Basislastschrift (Einzugsermächtigung)

Um Ihnen die Überweisung von Rechnungen zu erleichtern, können Sie der HASOMED GmbH ein allgemeines SEPA-Lastschriftmandat zu der Gläubiger-Identifikationsnummer DE 61 ZZZ 00 00 05 49 83 1 erteilen. Der Rechnungsbetrag wird dann für alle fälligen Zahlungen zum Fälligkeitsdatum von Ihrem Konto abgebucht. Ihre Rechnung erhalten Sie mit dem Hinweis: „Sie haben uns eine Abbuchungserlaubnis erteilt. Wir buchen den unten genannten Betrag von Ihrem Konto ab.“

Wir empfehlen Ihnen, diesen Service zu nutzen. Ergänzen Sie dann bitte die Daten, unterschreiben das Dokument und senden es per Post an die HASOMED GmbH, Paul-Ecke-Straße 1, 39114 Magdeburg, per Mail an elefant@hasomed.de oder per Fax an 0391 62 30 113. Es gelten unsere allgemeinen Geschäftsbedingungen, die Sie unter www.hasomed.de/agb/ finden.

Zahlungspflichtiger:

Nachname, Vorname oder Firma

Straße

Hausnummer

PLZ

Ort

Kontoinhaber (falls abweichend vom Zahlungspflichtigen)

IBAN (International Bank Account Number)

BIC (Business Identifier Code)

Kreditinstitut

Wenn das Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstitutes keine Verpflichtung zur Einlösung. Teileinlösungen werden nicht vorgenommen. Die Kosten für Rücklastschriften werden dem Kunden in Rechnung gestellt.

Hinweise zum Datenschutz

Die im SEPA-Mandat erhobenen personenbezogenen Daten werden grundsätzlich zur Durchführung der SEPA-Lastschrift verwendet. Die Informationen zum Datenschutz, insbesondere zu den Informationspflichten bei der Erhebung und Verarbeitung personenbezogener Daten, werden Ihnen auf unserer Internetseite unter www.hasomed.de/datenschutz/ bereitgestellt.

Ort

Datum

Unterschrift