

**Bestellfax HzV Vereinigte IKK**

ArtNr. 70000/74003/71500

KV Westfalen-Lippe, Nordrhein, Bayern

*Bitte füllen Sie bitte dieses Fax aus und schicken Sie es zurück an:*

Fax.: 0731 704 790-39

Wir, die Praxis: \_\_\_\_\_

Ansprechpartner: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

BSNR: \_\_\_\_\_

LANR (aller Nutzer): \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_



möchten das HzV- Modul für Data-AL künftig einsetzen, und bestellen hiermit verbindlich  
**das HzV-Modul Vereinigte IKK für Data-AL**

**70000** Lizenz einmalig je BSNR

€ 190,00

**74003** HzV Vereinigte IKK Softwarepflege je teilnehmenden Arzt

inkl. der Programmpflege /Hotline von monatlich

€ 7,50 x \_\_\_\_\_ Anzahl Ärzte

LANR1: \_\_\_\_\_ LANR2: \_\_\_\_\_ LANR3: \_\_\_\_\_

LANR4: \_\_\_\_\_ LANR5: \_\_\_\_\_ LANR6: \_\_\_\_\_

**Bitte geben Sie unbedingt die LANR an, da diese der Lizenzprüfung dient.****71500** GUS-Box (inkl. Verordnungsservice und HÄVG-Anteil) monatlich € 41,80 **71500** GUS-Box bereits vorhanden..... 

(spätere Updates und Programmänderungen sowie evtl. Programmweiterungen sind, soweit kostenlos, enthalten)

**Alle Preise verstehen sich zzgl. der gesetzlichen Mehrwertsteuer.**

Wir empfehlen die Installation durch Ihren DSC Partner vor Ort. Die Installation durch einen Techniker ist kostenpflichtig. Für weitere Rückfragen steht Ihnen gern das Data-AL Team im Werk Neu-Ulm zur Verfügung.

**Hiermit ermächtigen ich / wir die Data-AL GmbH oder Ihren Erfüllungsgehilfen, widerruflich, die von mir/uns zu entrichtenden Zahlungen wegen "Zahlungsgrund" bei Fälligkeit zu Lasten meines/unsere****Konto(s)- Nummer** \_\_\_\_\_,**Bankleitzahl** \_\_\_\_\_ **bei Kreditinstitut:** \_\_\_\_\_**durch Lastschrift einzuziehen.****Wenn mein / unser Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstitutes keine Verpflichtung zur Einlösung. Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen.***Ort, Datum**Stempel und Unterschrift*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_