



Auftragsformular Praxissoftware medatixx

<input type="checkbox"/> Grundmodul 49,90 €* 1 BSNR werbehaltig, 1 Zugriffslizenz, Dashboard, medatixx mobile, SupportPLUS, x.patient (für die ersten 12 Monate gratis, danach € 7,50*)	<input type="checkbox"/> ___ x mobiler Datenzugriff je 10 GB Daten à € 10,00* _____ €*
<input type="checkbox"/> Werbefreiheit 25,00 €**	<input type="checkbox"/> Vorsorgeuntersuchungen (inkl. eHKS) 7,50 €*
<input type="checkbox"/> ___ weitere BSNR/NBSNR inkl. 1 weitere Zugriffslizenz werbehaltig à € 49,90* _____ €*	<input type="checkbox"/> x.archilino (GDT erforderlich) 25,00 €*
<input type="checkbox"/> werbefrei à € 74,90** _____ €*	<input type="checkbox"/> Direktvertragsmodul 39,90 €*
<input type="checkbox"/> ___ weitere Zugriffslizenzen à € 20,00 / € 15,00 / € 10,00 _____ €*	<input type="checkbox"/> ___ HÄVG-Lizenz je (N)BSNR à € 7,90* _____ €*
<input type="checkbox"/> BDT-Import 0,00 €*	<input type="checkbox"/> ___ x .voice je Diktant à € 24,90* _____ €*
<input type="checkbox"/> ADT-Import 0,00 €*	<input type="checkbox"/> je Diktant à 1.799,00 €*
<input type="checkbox"/> GDT-Schnittstelle 10,00 €*	<input type="checkbox"/> Ambulant spezialfachärztliche Versorgung (ASV) 80,00 €*
<input type="checkbox"/> DMP-Modul 20,00 €*	<input type="checkbox"/> x.impfen 15,00 €*
<input type="checkbox"/> PAD-Abrechnung(PADneXt) 5,00 €*	<input type="checkbox"/> Laborportale 0,00 €*
<input type="checkbox"/> Terminplaner 20,00 €*	(CyberLab/LabUniq/ixserv/AB+M/QuickCon)
<input type="checkbox"/> x.webtermin 25,00 €*	<input type="checkbox"/> medatixx PQ- Paket für Privatpraxen inkl. 1 BSNR, 3 Zugriffslizenzen, Dashboard, App „medatixx mobile“, PAD Abrechnung, Terminplaner und SupportPLUS € 99,90*
(wahlweise mit E-Mail Bestätigung oder mit TAN Verfahren - mtl. Kosten pro Paket á 100 TANs: 8,00 € *)	Gesamtbetrag monatlich _____ €*

* Alle aufgeführten Preise verstehen sich zzgl. gesetzlicher MwSt., Preise beziehen sich auf die monatlich an medatixx zu entrichtenden Gebühren.

** Die mtl. Gebühr der werbefreien Version gilt pro Installation, nicht pro BSNR/NBSNR. Es kann nur eine Variante gewählt werden – werbefrei oder werbehaltig.

Kundendaten ☒

Auftraggeber und Vertragsinhaber:

(Anrede, Titel, Vorname, Nachname)

(Email Adresse für Log In und Bestellung im medatixx Portal)



Praxisdaten:

Praxisform: _____

Bezeichnung der Hauptbetriebsstätte:

BSNR LANR

Straße, Nr.: _____

PLZ Ort: _____

Telefon: _____ Fax: _____

Regionale Betreuung:

tbs Computer Systeme GmbH

Vertragsbeginn: 01. .20

Bankverbindung:

Ich stimme zu, Zahlungen von meinem Konto mittels SEPA-Basis-Lastschrift einziehen zu lassen. Mit Ihrer Zustimmung weisen Sie gleichzeitig Ihr Kreditinstitut an, die von Medatixx auf Ihr Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Für die Erstellung des SEPA-Lastschrift-Mandates benötigen wir folgende Angaben:

IBAN: _____

BIC: _____

Name Bankinstitut: _____



Falls der Kontoinhaber (Rechnungsempfänger) vom Auftraggeber abweicht, nennen Sie uns bitte auch dessen Name und Anschrift:

Name Kontoinhaber: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

- Hiermit ermächtige ich den unten genannten Vertriebspartner mit den von mir aufgeführten Daten zum Online-Vertragsabschluss für die Praxissoftware medatixx.
- ich habe die [Allgemeinen Geschäfts-, Lizenz- und Pflegebedingungen](#) (s. Beiblatt) sowie
- [Lizenz- und Softwarepflegevertrag mit Produkt- und Leistungsbeschreibung](#) gelesen (s. Beiblatt) und akzeptiere diese mit dem Abgeben der Bestellung.

Ort, Datum

Unterschrift / Auftraggeber & Vertragsinhaber / Praxisstempel

Ort, Datum

Unterschrift Vertriebspartner



Arzt 1

Arzt Titel:		Position:	
Arzt Name:		Arzt Vorname:	
LANR:		Fachrichtung:	
Telefon:		Fax:	
Geb.-Datum:		Sonstiges	
E-Mail:			

Arzt 2

Arzt Titel:		Position:	
Arzt Name:		Arzt Vorname:	
LANR:		Fachrichtung:	
Telefon:		Fax:	
Geb.-Datum:		Sonstiges	
E-Mail:			

Arzt 3

Arzt Titel:		Position:	
Arzt Name:		Arzt Vorname:	
LANR:		Fachrichtung:	
Telefon:		Fax:	
Geb.-Datum:		Sonstiges	
E-Mail:			

Arzt 4

Arzt Titel:		Position:	
Arzt Name:		Arzt Vorname:	
LANR:		Fachrichtung:	
Telefon:		Fax:	
Geb.-Datum:		Sonstiges	
E-Mail:			