

IT-Sicherheit nach KZBV-Richtlinie

Zur Erfüllung der Anforderungen gemäß §75B SGB V

VISION **MAXX** GmbH

dental IT



SOMMERAKTION!

Bestandsaufnahme

für nur **248,00 €**¹

bis zum 30.09.2022

Bitte beide Seiten ausfüllen und zurückfaxen

fax: 06157-91493-98 | mail: it-vertrieb@visionmaxx.net | tel: 06157-91493-80

SecurITy
made in Germany

Hiermit bestelle ich: (bitte ankreuzen)

BASIS <input type="checkbox"/>	ERWEITERT <input type="checkbox"/>	KOMPLETT <input type="checkbox"/>
Der Einstieg	Für Aufsteiger	Vollständige Erfüllung der KZBV-Richtlinie
Regelmäßige externe Datensicherung inkl. Katastrophenschutz ³	Alle Bestandteile des Pakets „Basis“	Alle Bestandteile des Pakets „Erweitert“
Antivirusprogramm	Sicherer Versand von Datenträgern und Daten mit VM-ZIP	Schutz von mobilen Endgeräten, Berechtigungskonzept App-Nutzung
Monitoring von Server und Clients	SafeBox-Internet-Browser	Sicheres Löschen der Datenträger vor und nach der Verwendung
1 physischer Server + 5 Arbeitsplätze inklusive	Professionelle Hardware-Firewall	Erstaudit und Dokumentation der EDV-Anlage
	Telematik: Schutz des Konnektors für Betriebsart „Parallel“	Regelung zur Mitnahme von Wechseldatenträgern
		Optimale Konfiguration des Berechtigungskonzeptes
		Schutz der Privatsphäre (z.B. Webcam- und Mikrofonblocking)
		Halbjährliche Reauditierung der EDV-Anlage
79,00 € monatlich ¹ (9,50 € je weiterem Arbeitsplatz) ^{1,2}	129,00 € monatlich ¹ (12,50 € je weiterem Arbeitsplatz) ^{1,2}	Check-Up vor Ort: einmalig 500,00 € 248,00 € ¹ (wird bei Beauftragung verrechnet)
Bereitstellung und Einrichtung 299,00 € (49,00 € je weiterem Arbeitsplatz)	Bereitstellung und Einrichtung 989,00 € (69,00 € je weiterem Arbeitsplatz)	Monatliche Kosten sowie Bereitstellung und Einrichtung werden nach Check-Up-Termin kalkuliert

*1 Alle Preise verstehen sich zzgl. der gesetzlichen Umsatzsteuer.

*2 Es müssen immer alle EDV-Arbeitsplätze der Praxis einbezogen/bestellt werden. Als Arbeitsplatz wird ein Windows Server bzw. Client definiert.

*3 Enthalten ist ein zu sicherndes Datenvolumen von bis zu 50GB. Bei Überschreitung der 50GB erhöhen sich die monatlichen Kosten um 1,49 € pro angefangene 10GB und Monat.

Die Bereitstellung, Installation, Einrichtung, Dokumentenerstellung und Schulung erfolgt nach dem Ermessen der VisionmaxX GmbH via Fernwartung, beim Kunden vor Ort, via Online-Kundenbereich oder Webinar. Die vollständige Erfüllung der KZBV-Richtlinie bezieht sich auf dem am 01.01.2021 von der KZBV veröffentlichten Stand. Sollten zukünftige Richtlinien weitere Leistungen erforderlich machen, sind diese ggf. gesondert zu vergüten.

Zusätzlich zu den 5 bereits inkludierten Arbeitsplätzen/Server bestelle ich

Arbeitsplätze/Server.

Ich bestelle hiermit bei der VisionmaxX GmbH verbindlich das ausgewählte Paket (BASIS, ERWEITERT, KOMPLETT) sowie ggf. zusätzlich gebuchte Arbeitsplätze. Die Höhe der monatlichen Paket-Pauschale richtet sich nach der aktuellen Anzahl der Arbeitsplätze der Praxis. Bereits bestehende Leistungen werden mit der Pauschale verrechnet. Es gelten die VisionmaxX Preislisten, Leistungsbeschreibungen und Allgemeinen Geschäftsbedingungen. Diese sind abrufbar unter: <https://www.visionmaxx.net/agb/>

Praxisstempel

Ort / Datum _____

Vor-/Nachname in Druckschrift _____

Unterschrift _____

Wichtige Angaben zu Ihrer Bestellung:

Herr Frau

Titel

Vorname

Nachname

Straße

Hausnummer

PLZ

Ort

Praxissoftware

VisionmaxX Kundennummer (optional)

Tel

Mobil

Fax

Falls abweichend: Ansprechpartner in der Praxis

Herr Frau

Titel

Vorname

Nachname

Tel

Ich wünsche weitere Informationen zu:

- VisionmaxX Cloud Telefonie Telematik-Anbindung über VisionmaxX KIM-Anbindung über VisionmaxX
 Sonstige _____

Report-Zustellung

Beim Komplettpaket erhalten Sie von uns regelmäßig einen elektronischen Report über den Zustand Ihrer EDV-Anlage.
Bitte schicken Sie den Report an folgende E-Mail-Adresse: _____

Einzugsermächtigung

Hiermit ermächtige ich die VisionmaxX GmbH widerruflich, die von der Praxis zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit von dem angegebenen Girokonto durch Lastschrift einzuziehen

IBAN: DE _____ BIC: _____

Ort / Datum _____ Unterschrift _____

Ich bin damit einverstanden künftig meine Rechnungen von VisionmaxX per E-Mail zu erhalten.

Bitte schicken Sie die Rechnungen an folgende E-Mail-Adresse: _____



VisionmaxX GmbH

Figline-Valdarno-Ring 11
D-64319 Pfungstadt

tel: 06157-91493-80

fax: 06157-91493-98

mail: it-vertrieb@visionmaxx.net

Servicezeiten: Mo.-Fr. 8:00 - 18:00 Uhr