



Kostenlose Unterstützung beim Wechsel des VPN-Zugangsdienstes zu VisionmaxX

Inbetriebnahme des neuen Zugangsdienstes bei Ihnen in der Praxis:

- *Kostenfreie Hilfe beim Wechsel des Zugangsdienstes per Fernwahl im Wert von 150 Euro **
(ggf. entstehen Zusatzkosten falls ein vor-Ort-Einsatz nötig wird)
- Freischaltung VPN-Zugangsdienst von VisionmaxX
- Secure Internet Service (SIS)
- Einweisung der Mitarbeiter in Ihrer Praxis

Die Beauftragung umfasst die Hilfestellung bei Austausch und Inbetriebnahme Ihres Konnektors, die Konfiguration Ihres Kartenlesegerätes an Ihr Praxisprogramm und die Einweisung des Personals. Hiermit beauftrage ich, die VisionmaxX GmbH als zukünftigen VPN-Zugangsdienstleister. Die Vertragslaufzeit und Berechnung des Servicepaket-Betriebs beginnt ab der Umstellung Ihres Konnektors zum frühestmöglichen Vertragsaustritts Ihres bisherigen TI-Vertragspartners.



Wichtige Angaben zu Ihrer Bestellung:

Herr Frau

Titel

Vorname

Nachname

Straße

Hausnummer

PLZ

Ort

E-Mail

Praxissoftware

Seriennummer des Konnektors: _____

Haben Sie bereits Ihren neuen Konnektor erhalten? Ja Nein voraussichtlich am _____

Ihre Praxisform:

Einzelpraxis Gemeinschaftspraxis Praxisgemeinschaft ÜBAG MVZ

BSNR | KZV-Nummer: _____

Servicepaket Betrieb:

Inklusive:

- VPN-Zugangsdienst
- 1st-Level-Support (Hotline)
- Sicheres Internet Standard (SIS)

Monatspauschale

86,00 €*

Zum monatlichen Preis von 86,00 €* bestelle ich das „Servicepaket Betrieb“ bei 12 Monaten Mindestvertragslaufzeit. Das Servicepaket Betrieb verlängert sich automatisch um 12 Monate, falls nicht mindestens 3 Monate vor Vertragsende gekündigt wird. Die AGB der VisionmaxX, habe ich zur Kenntnis genommen. Diese können unter <http://www.visionmaxx.net/kontakt/agb/> eingesehen und heruntergeladen werden.

* Die Preise verstehen sich **inkl.** MwSt., gültig ab Bestelleingang: 01.07.2021

Ich habe weiteren Informationsbedarf, bitte kontaktieren Sie mich. Tel.: _____

Bitte beraten Sie mich zu folgenden TI-Themen:

SEPA-Lastschriftmandat

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 _____

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE18ZZZ00001022219 Mandats-ID: Kundennummer, wird bei Rechnungsversand mitgeteilt

Ort und Datum

Unterschrift

Praxisstempel und Unterschrift

VisionmaxX GmbH

Figline-Valdarno-Ring 11
D-64319 Pfungstadt

tel: 06157-91493-60

fax: 06157-91493-97

mail: telematik@visionmaxx.net

web: www.visionmaxx.net

