



Bestellschein

Einstieg in die EDV-Abrechnung für KV-Mitglieder ab 65 Jahren

Rücksendung per Post an

New Media Company GmbH & Co. KG
 Donnerschweer Str. 398
 26123 Oldenburg

Rücksendung per Fax an
 0441 - 390 112 10

Rücksendung per E-Mail an
 bestellung@newmediacompany.de

Hiermit bestelle ich folgende Softwarekomponenten:

Sie erreichen uns unter
 0441 - 390 112 66

Praxis mit KV Zulassung	Einmalig	Update	
		Internet*	DVD*
Einzelplatz Psychotherapeuten	0,00 €	<input type="checkbox"/> 145,50 €	<input type="checkbox"/> 184,00 €
Einzelplatz ärztl. Psychotherapeuten, Psychiater, Neurologen	0,00 €	<input type="checkbox"/> 174,50 €	<input type="checkbox"/> 199,00 €
Einzelplatz Anästhesisten	0,00 €	<input type="checkbox"/> 299,50 €	<input type="checkbox"/> 349,50 €
Einzelplatz Allgemeinmediziner / Gynäkologen	0,00 €	<input type="checkbox"/> 199,50 €	<input type="checkbox"/> 249,50 €

*Bei den Updategebühren handelt es sich um jährliche Gebühren. Es wird ein Updatevertrag geschlossen.

Zudem erhalten Sie folgende Leistungen **kostenlos**:

- einen Gutschein für eine Schulung (telefonisch, online) in Höhe von 90€ netto (1,5 Stunden)

Voraussetzung: Das Einstiegspaket in die EDV-Abrechnung richtet sich an Ärzte und Psychotherapeuten, die 65 Jahre oder älter sind und noch keine Praxisverwaltungssoftware haben oder von einer anderen Praxisverwaltungssoftware zu uns wechseln wollen. Bitte senden Sie uns einen entsprechenden Nachweis über Ihr Alter zu.

Angaben zur Praxis			Lieferadresse (falls abweichend)		
Titel	Vorname	Nachname	Titel	Vorname	Nachname
Straße		Hausnummer	Adresszusatz		
PLZ	Ort		Adresszusatz		
Tel. (auch mobil) für Rückfragen			Straße		Hausnummer
E-Mail			PLZ	Ort	
Weitere Angaben					
Zusendung Vertragsunterlagen:			<input type="checkbox"/> Email	<input type="checkbox"/> Post	<input type="checkbox"/> Fax
Praxiseröffnung (Datum):					
Wie haben Sie über uns erfahren:			<input type="checkbox"/> Kollegen	<input type="checkbox"/> KV	<input type="checkbox"/> Ausbildung
			<input type="checkbox"/> Internet	<input type="checkbox"/> bitte eintragen	

Ort, Datum

Unterschrift, Praxisstempel