dental IT

VISION MAXX GMBH

fax: 06157-91493-97 | e-mail: ti-vertrieb@visionmaxx.net | tel: 06157-91493-60

eHealth Kartenterminals

Bestellen Sie zum Vorzugspreis weitere Kartenterminals

Im Rahmen der Komfortsignatur per elektronischem Heilberufsausweis (eHBA) bietet die KZBV die Förderung[1] eines weiteren stationären Telematik-Kartenterminal je Praxis-Standort an.

Ergänzend steht jedem Praxisstandort je zwei Zahnärzte, welche je zu mindestens 20h pro Woche vertragszahnärztliche Leistungen erbringen, die Förderung zusätzlicher Kartenlesegeräte zu.[1]

Bitte wählen Sie das gewünschte Kartenterminal aus

Cherry eHealth Terminal ST-1506, inkl. gSMC-KT		~~705,00 €~~ **649,00 €**[2]	_____ Stk.
Worldline ORGA 930 M online		**356,00 €**[2]	_____ Stk.

Für den Versand der eHealth-Kartenterminals via sicherer Lieferkette wird eine Versandkosten- und Handlingpauschale in Höhe von 83,00€[2] erhoben. (max. 10 Geräte pro Sendung)

Ich bestelle hiermit verbindlich bei der VisionmaxX GmbH, zu den aufgeführten Bedingungen, die o.g. Anzahl Kartenterminals inkl. gSMC-KT. Es gelten die AGB der VisionmaxX GmbH: https://visionmaxx.net/agb.
Mit meiner Unterschrift bestätige ich, diese zur Kenntnis genommen und akzeptieren zu haben.

Bitte wählen Sie den gewünschten Service

			Bitte ankreuzen
Remote-Installation	Die Aufstellung und Verkabelung erfolgten durch den Besteller vorab. Die Konfiguration im Netzwerk/Konnektor und der Primärsystemsoftware erfolgt durch einen zertifizierten Techniker (DVO) via Fernwartung.	**59,50 €**[2] pro Kartenterminal	☐
Vor-Ort-Installation	Anfahrt, Aufstellung, Verkabelung, Konfiguration im Netzwerk/Konnektor und der Patientenverwaltungssoftware erfolgen durch einen zertifizierten Techniker (DVO). Preis gültig für das erste Kartenterminal. Jedes weitere Kartenterminal: 59,50 €	**208,50 €**[2] zzgl. Versandkosten	☐

[1] Förderung lt. Bundesmantelvertrag Anlage 11a, mit Stand vom 01.02.2022 [2] Preise verstehen sich inkl. Ust.

Wichtige Angaben zu Ihrer Bestellung:

☐ Herr ☐ Frau

Titel | Vorname | Nachname

Straße | Hausnummer | PLZ | Ort

E-Mail | Praxissoftware

Ausschließlich folgende Personen dürfen die Lieferung über die Lieferkette entgegennehmen.
Es **muss** mind. eine Person eingetragen werden und zur Anlieferung **zwingend** anwesend sein.

☐ Herr ☐ Frau _____ (Vorname / Nachname)

☐ Herr ☐ Frau _____ (Vorname / Nachname)

Praxisstempel und Unterschrift

VisionmaxX GmbH
Figline-Valdarno-Ring 11
D-64319 Pfungstadt
tel: 06157-91493-60
fax: 06157-91493-97
mail: ti-vertrieb@visionmaxx.net

für interne Zwecke

Bitte ausfüllen und zurückfaxen oder per e-mail senden