

# Bestellschein Anästhesie

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**

Anästhesie-Praxis mit KV-Zulassung	Einmalig	Internet Update
Einzelplatz	599,00 €	<input type="checkbox"/> 839,00 €* <input type="checkbox"/> 999,00 €* <input type="checkbox"/> 299,00 €* <input type="checkbox"/> 19,90 €
Netzwerk-/Serverversion	999,00 €	
Zusatzlizenz                      Anzahl (bitte angeben):	299,00 €	
Self-Service & Communication <small>Umfasst die Self-Service-Module in Smarty® und den Support dazu, monatliche Berechnungsweise</small>		

### Unsere Empfehlung für Ihre Praxis:

Datenverschlüsselung - mehr Sicherheit für Ihre Patientendaten <small>Mit der Verschlüsselung kann der gesamte Patienten- und Dokumentenbestand zusätzlich verschlüsselt und somit ergänzend vor einem Fremdzugriff oder Diebstahl geschützt werden.</small>	kostenlos	<input type="checkbox"/> 60,00 €* <input type="checkbox"/> 19,90 €
---	-----------	---

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

Sie erhalten folgende Leistungen zusätzlich:

- kostenfreier Premium-Support (telefonisch, per E-Mail, Forum oder auch Fernwartung)
- kostenfreie Smarty®-Schulung (Webinar, online) über 1,5 Stunden
- 30-minütiger Gutschein für eine Beratung zur Praxissicherheit bei der Techprax GmbH

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:                       Email    Post    Fax

Praxiseröffnung (Datum):

Wie haben Sie über uns erfahren:                       Kollegen    KV    Ausbildung    Internet    bitte eintragen

Ort, Datum

Unterschrift, Praxisstempel