

Rücksendung per Post an

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

Bestellschein Privatliquidation

Psychiatrie, Psychosomatische
Medizin & ärztl. Psychotherapie

Rücksendung per Fax an
0441 - 390 112 10

Rücksendung per E-Mail an
bestellung@newmediacompany.de

Sie erreichen uns unter
0441 - 390 112 66

Hiermit bestelle ich folgende Softwarekomponenten:

Praxis ohne KV Zulassung	Einmalig	Internet Update*
Einzelplatz Psychiatrie/Psychosomatische Medizin/ärztl. Psychotherapie	199,00 €	180,00 €

Unsere Empfehlung für Ihre Praxis:

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

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

Hogrefe - Testverfahren Mit dem Hogrefe-Modul können Sie die Hogrefe Testverfahren über Smarty verwenden und Ihren Patienten digital zur Verfügung stellen. Die Berechnung der Testverfahren erfolgt nach Verbrauch am Ende des Quartals.	kostenlos	<input type="checkbox"/>
--	-----------	--------------------------

Sie erhalten folgende Leistungen zusätzlich:

- kostenfreier Premium-Support (telefonisch, per E-Mail, Forum oder auch Fernwartung)
- 25% Rabatt für eine psyCultus Fortbildungsveranstaltung 2024
- 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:			erfolgt per E-Mail		
Praxiseröffnung (Datum):					
Wie haben Sie über uns erfahren:			<input type="checkbox"/> Kollegen	<input type="checkbox"/> Ausbildung	<input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> bitte eintragen

Ort, Datum

Unterschrift, Praxisstempel