

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

Sie erreichen uns unter

0441 - 390 112 66

Hiermit bestelle ich folgende Softwarekomponenten:

| Praxis ohne KV Zulassung | Einmalig | Internet Update* |
|--|----------|------------------|
| Einzelplatz Psychotherapie (Privatliquidation) | 99,00 € | 144,00 € |

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 € |
|--|-----------|----------------------------------|

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

| | | |
|---|-----------|--------------------------|
| Hogrefe - Testverfahren <small>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.</small> | 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 2022
- 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: | | | <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"/> Ausbildung | <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> bitte eintragen |

Ort, Datum

Unterschrift, Praxisstempel