

VERSIONSWECHSEL: ELEFANT JUNIOR AUF CLASSIC

IHRE VORTEILE AUF EINEN BLICK

- Rabatt: 100 % auf den Einmalpreis der Elefant Version Classic
- Datensicherheit: alle Daten bleiben erhalten

DETAILS

Das Angebot richtet sich an Elefant Kunden, die das Kostenerstattungsverfahren nutzen möchten. Es handelt sich um ein Komplettpaket, einzelne Komponenten können nicht getauscht werden.

Preise inklusive der Rabatte

- Bereitstellung der Elefant Software Version Classic: 0,00 €
- Update-Gebühr: 21,80 € pro Monat
- Bereitstellung Updates per Download: 5,20 € pro Jahr

SYSTEMVORAUSSETZUNGEN

Betriebssystem: mind. Windows 7

Prozessor: DualCore 2 GHz

Bildschirmauflösung: 1280 x 800 Pixel

Arbeitsspeicher (RAM): 2 GB

Festplattenspeicher: 5 GB

BESTELLUNG

Für Ihre Bestellung nutzen Sie bitte das rücksetige Bestellformular. Bitte füllen Sie alle geforderten Felder in Druckbuchstaben aus. Ihre Daten werden für die Erstellung der Lizenz-CD benötigt.

VERSIONSWECHSEL: ELEFANT JUNIOR AUF CLASSIC

KOMPONENTEN	EINMALIG	MONATLICH	JÄHRLICH
<input checked="" type="checkbox"/> Elefant Software Version Classic	239,00 € 0,00 €	21,80 €	---
<input checked="" type="checkbox"/> Update per Download	0,00 €	0,00 €	5,20 €

Einzelne Komponenten können nicht ausgetauscht oder entfernt werden. Bitte beachten Sie, dass TI-Komponenten oder Lesegeräte nicht im Paket enthalten sind.

Hiermit bestelle ich verbindlich das Kundenpaket. (Bitte alle Felder in Druckbuchstaben ausfüllen.)

..... Name, Vorname abweichender Liefername
..... Straße, Nr. abweichende Lieferadresse (Straße, Nr.)
..... PLZ, Ort abweichende Lieferadresse (PLZ, Ort)
..... BSNR / LANR Liefertermin (falls Sie Ihre Praxis erst später eröffnen)
..... Telefon, Fax Titel/Berufsbezeichnung/Facharztgruppe
..... E-Mail Ich wurde geworben von: (Name, Vorname und Ort)

Ich zahle per SEPA-Basislastschrift. Hiermit ermächtige ich die HASOMED GmbH widerruflich, die von mir zu entrichtenden Zahlungen zulasten meines Kontos als SEPA-Lastschrift einzuziehen. Ich kann einem Einzug innerhalb von acht Wochen widersprechen. Die Kosten für Rücklastschriften werden mir in Rechnung gestellt.

IBAN:

D	E																			
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

BIC:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Ich zahle per Rechnung.

.....
Kreditinstitut

.....
Kontoinhaber (falls abweichend)

.....
Datum / Unterschrift

Bestellung an:
 elefant@hasomed.de