

## ZUSATZMODULE

ZUSATZMODULE	EINMALIG	MONATLICH
<input type="checkbox"/> Security-Mode	0,00 €	5,00 €
<input type="checkbox"/> Therapiepräsentationen*		
<input type="checkbox"/> Angst / Panik	35,00 €	---
<input type="checkbox"/> Burnout	35,00 €	---
<input type="checkbox"/> Depression	35,00 €	---
<input type="checkbox"/> Herzangst	35,00 €	---
<input type="checkbox"/> Somatisierungsstörung	35,00 €	---
<input type="checkbox"/> Tinnitus	35,00 €	---
<input type="checkbox"/> Zwangsstörungen	35,00 €	---
<input type="checkbox"/> TestOS	0,00 €	16,60 €
<input type="checkbox"/> Hogrefe (HSI-online)	0,00 €	je Testdurchführung (Preise über Hogrefe)

\* Rabattstaffel für Therapiepräsentationen nach Anzahl der Lizenzen:  
 2 x = 60 €, 3 x = 80 €, 4 x = 95 €, 5 x = 110 €, 6 x = 125 €, 7 x = 140 €

Hiermit bestelle ich verbindlich die angekreuzten Module. (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/Berufsverzeichnung/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