BESTELLUNG: e-card Tarif (GIN Anschluss)

Wunschdatum Herstellung:

Partner ID:

e-card Tarif

Tarif wählen	Tarif	Download/Upload	Exkl. MwSt.	Preis inkl. MwSt.	Hinweis
☐	e-card **20**	20 / 5 Mbit/s	**€ 79,-**	€ 94,80,-	Inkl. 1x GINO-Lesegerät
☐ TOP Angebot	**e-card 55**	**55 / 15 Mbit/s**	**€ 89,-**	**€ 106,80,-**	**Inkl. 1x GINO-Lesegerät**
☐	e-card **110**	110 / 15 Mbit/s	**€ 119,-**	€ 142,80,-	Inkl. 1x GINO-Lesegerät
☐	e-card **300**	300 / 30 Mbit/s	**€ 129,-**	€ 154,80,-	Inkl. 1x GINO-Lesegerät

Empfohlen

		Setup	Monatlich
☐	**5G/LTE Backup**		
	ADD ON: Mobile-Backup – bis zu 150 Mbit/s Download | 30 Mbit/s Upload über 5G / LTE. Damit der Betrieb Ihrer Ordination auch in Ausnahmesituationen – wie eine defekte Festnetzleitung durch Grabarbeiten - uneingeschränkt funktioniert.	**Jetzt € 0,-**	**Jetzt nur €**
		Statt € 99,-	Statt € 79,-

Einmalkosten

		exkl.MWSt	inkl. MWSt.
☐	**Leitungsherstellung**	**€ 159,-**	**€ 190,80**
☐	**Konfiguration mit Ärztesoftware**	**€ 59,-**	**€ 70,80**
	*Pro zusätzlichen PC / Arbeitsplatz	€ 39,-	€ 46,80

Hardware

Bei jedem e-card Tarif ist 1x GINO kostenlos enthalten. Bitte gewünschte Anzahl angeben:

Zusatzgerät:		Anzahl zusätzliche GINO:
GINO (Lesegerät) **€ 9,84 inkl. MwSt./ Monat** € 8,20 exkl. MwSt./ Monat		Ermöglicht dem Empfang oder dem Arzt das Auslesen der e-card.	_____
GINO-Sat (optional) **€ 4,90 inkl. MwSt./ Monat** € 4,10 exkl. MwSt./ Monat		Mit dem GINO-Sat können Patienten Ihre NFC-fähige e-card selbst anhalten. Parktisch & Hygienisch.	_____

GINO IP-Adresse: _____ (abzufragen unter: www.myip.ecard.sozialversicherung.at)

UID: ATU 66762657 ▪ Gerichtsstand Wien ▪ FN 370524p ▪ Handelsgericht Wien
Bankverbindung ▪ Raiffeisen Regionalbank Mödling ▪ Konto 00 004 001 848 ▪ BLZ 322 50 ▪ IBAN AT69 3225 0000 0400 1848 ▪ BIC RLNWATWWGTD

Persönliche Informationen

Ordination:	
Vorname, Nachname:	
Straße / Nr.:	
PLZ / Ort:	
Geburtsdatum:	

Angaben zur Ordination

Fachrichtung:	
Vertragspartner Nr. SV* (Wichtig!)	
Ordinations-Nr. SV*	
Telefon*	
Mobil*	
E-Mail-Adresse*	
Rechnungs-E-Mail-Adresse*	

IT/EDV/Ärztesoftware

Falls vorhanden, geben Sie bitte die Kontaktdaten Ihrer IT/EDV an

IT-Partner	Mobil	E-Mail Adresse
Kontaktdaten-Ärztesoftware	Mobil	E-Mail Adresse

Das Vertragsverhältnis wird aufgrund der Bestellung des Kunden sowie deren Annahme durch AlphaPhone Telekommunikations GmbH begründet. Alle Preise verstehen sich inklusive Mehrwertsteuer in Euro. Es gelten unsere Allgemeinen Geschäftsbedingungen.

Wir bedanken uns für Ihr Vertrauen in unsere Produkte & Services.

Es gelten die aktuellen Entgelt- & Leistungsbestimmungen des jeweiligen Produktes. Mit Ihrer Unterschrift akzeptieren Sie unsere AGB in der jeweils aktuellen Fassung.

Der Kunde nimmt zur Kenntnis, dass die Bestellung vorbehaltlich technischer Realisierbarkeit durchgeführt wird. Sollten einzelne Produkte technisch nicht realisierbar sein, setzen wir uns mit Ihnen in Verbindung und suchen nach Alternativen. Sollten wir keine technische Lösung finden, wird die Bestellung kostenfrei storniert.

Zahlungsart: SEPA-Lastschrift
Zahlungsweise: Monatliche Abrechnung, im Voraus
Rechnung: Digital, per E-Mail

Wichtig: Bitte legen Sie der Bestellung folgende Dokumente bei:

- Kopie Ärzteausweis
- Alle Seiten der unterschriebenen Bestellung

X	
Ort, Datum	Unterschrift Vertragspartner

SEPA Lastschrift-Mandat

Ich ermächtige, Alphaphone Telekommunikations GmbH von meinem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von Alphaphone Telekommunikations GmbH auf mein Konto gezogenen SEPA-Lastschriften einzulösen.

Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Zahlungsempfänger: Alphaphone Telekommunikations GmbH, Perfektastraße 57/4, 1230 Wien
Zahlungsart: Wiederkehrender Einzug
Creator-ID: AT26ZZZ00000004803
Mandatsreferenz: Ihre Kundennummer

Zahlungspflichtiger / Debitor:

Kontoinhaber:	
IBAN:	
BIC:	
SEPA-Land:	**Österreich**
Ort, Datum:	

X	
Ort, Datum	Unterschrift Vertragspartner

Wichtig: Bitte senden Sie das SEPA-Formular auch Ihrem Bankberater zwecks Freischaltung.