

zu den Allgemeinen Geschäftsbedingungen (im Folgenden: „Servicebedingungen“) der CoKom One GmbH (im Folgenden: CoKom) für die zeitlich befristete Überlassung der Software Praxis4More HZV.

1. Stammdaten der Praxis (Bitte in Blockschrift ausfüllen)

Einzelpraxis
 Gemeinschaftspraxis
 Praxisgemeinschaft
 MVZ
 BAG
 T-BAG

Fachrichtung:

Hausärztliche Versorgung
 Kardiologie
 Gastroenterologie
 Neurologie / Psychiatrie
 Orthopädie / Chirurgie

**Bitte per Fax zurück an
09342 / 85451**

Praxisname Betriebsstättennummer (BSNR)

Straße und Hausnummer

PLZ Ort

Vorwahl Telefon Fax E-Mail

/

2. Folgende Ärzte nutzen die Software zur Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung nach § 73 b SGB V oder der fachärztlichen Versorgung nach §73 c SGB V.

	Vollständiger Name	LANR (Lebenslange Arztnummer)	NBSN (Nebenbetriebsstättennr.)	Unterschrift
Arzt / User 1	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
Arzt / User 2	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
Arzt / User 3	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
Arzt / User 4	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
Arzt / User 5	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>

Hiermit bestelle ich bei CoKom für die Praxis gemäß Ziffer 1 zu den mir vorliegenden und zur Kenntnis genommenen Servicebedingungen der CoKom die Software Praxis4More HZV inkl. Pflege zum Preis von monatlich € 59,00 inkl. gesetzlicher MwSt.. **Dieser Preis umfasst bis zu 5 Behandler (LANR) im Rahmen einer Betriebsstätte (BSNR).** Hinzu kommen monatliche Gebühren in Höhe von 9,40 € inkl. gesetzlicher MwSt. für das HÄVG-Prüfmodul (HPM), die direkt an den Hausärzterverband abgeführt werden. Weitere Preise auf Anfrage. Der detaillierte Leistungsumfang der CoKom ergibt sich aus den Servicebedingungen. Die aktuellen Servicebedingungen stehen per Download unter www.cokom-one.de/downloads zur Verfügung.

Hiermit bestelle ich zusätzlich die Inbetriebnahme der Software Praxis4More HZV, die der Praxis mit der einmaligen Pauschale in Höhe von € 399,00 inkl. ges. MwSt. in Rechnung gestellt wird. (Leistungen: Installation per Fernwartung des Servers und bis zu 4 Arbeitsplätzen, 1 Drucker, 1 Kartenleser und eine Kurzeinweisung.) Weitere Preise auf Anfrage.

Außerdem bestätige ich hiermit ausdrücklich, dass mir die Servicebedingungen der CoKom vorliegen, ich von deren Inhalt Kenntnis genommen und die Servicebedingungen zu meinen Unterlagen genommen habe.

Diese Preise gelten ausschließlich bei Zugang der Bestellung bei CoKom bis zum 31. Dezember 2017.

Mir ist bekannt, dass es nicht in der Verantwortung von CoKom liegt, Interoperabilität meiner Praxisverwaltungssoftware mit der Software Praxis4More HZV herzustellen. Die für die CoKom seitige Schnittstelle notwendigen Informationen können mir oder meinem Systemhaus auf Anfrage von CoKom zur Verfügung gestellt werden.

Zur KV-/HZV-Abrechnung setzen wir folgendes Programm ein:

_____ Datum, Stempel, Unterschrift Arzt

3. Hiermit ermächtige ich CoKom widerruflich zum monatlichen Einzug des oben angegebenen Betrages bei der nachfolgenden Bankverbindung:

Bank

IBAN

_____ Datum, Stempel, Unterschrift Arzt

4. Datenschutzerklärung

Die in dem Bestellschein erfassten personenbezogenen Daten (Name, Adresse, etc.) werden von CoKom in maschinenlesbarer Form ausschließlich zur Vertragsdurchführung gespeichert, maschinell verarbeitet und gegebenenfalls an befugte Kooperationspartner, Erfüllungsgehilfen und Dienstleister im für die Vertragserfüllung notwendigen Umfang weitergeleitet (Information gemäß § 33 Bundesdatenschutzgesetz).

Hiermit stimme ich der Übermittlung und Verarbeitung meiner Daten im beschriebenen Umfang zu.

Unterschrift Arzt / User 1 (gemäß Ziffer 2): _____

Unterschrift Arzt / User 2 (gemäß Ziffer 2): _____

Unterschrift Arzt / User 3 (gemäß Ziffer 2): _____

Unterschrift Arzt / User 4 (gemäß Ziffer 2): _____

Unterschrift Arzt / User 5 (gemäß Ziffer 2): _____