

Bestellung von A1 DaMe Service



Kundendaten, nur für bestehende Kunden (Finden Sie auf Ihrer A1 Rechnung)

Kundennummer Verrechnungskonto Bestehende Anschlussnummer (inkl. Vorwahl)

Bitte schreiben Sie in Großbuchstaben linksbündig und innerhalb der Kästchen. Die mit „*“ markierten Felder sind Pflichtfelder.

* Persönliche Daten

Ordination/Name Geburtsdatum (TTMMJJJJ)

Fachrichtung Vertragspartner Nr. Ord. Nr.

OID-Nummer (laut OID-Portal https://www.gesundheit.gv.at/OID_Frontend/)

PLZ Ort

Straße Hausnummer Block Stiege Stock Tür

Kontakt E-Mail-Adresse Mobiltelefon

* Kontaktdaten für die Installation

Kontaktperson am Standort Rufnummer (tagsüber erreichbar)

Terminwunsch
Datum (TTMMJJJJ)

* Produktauswahl

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Befundübermittlung senden/empfangen | <input type="checkbox"/> Befundübermittlung empfangen | <input type="checkbox"/> Versand von Abrechnungsdaten |
| <input type="checkbox"/> Wahlarztpaket DaMe Befundübermittlung (max. 1.000 Befunde/Jahr) | <input type="checkbox"/> secure Internet | <input type="checkbox"/> POS Connect (Netzzugang für Bankomatkassa) |
| <input type="checkbox"/> Elektronische Laboranforderung | <input type="checkbox"/> SMS-Erinnerungssystem | <input type="checkbox"/> TeleOffice |
| <input type="checkbox"/> TeleOrdination | <input type="checkbox"/> DaMe Online Backup | |

Ihre Wunsch E-Mail-Adresse

 (nur bei Bestellung secure Internet)

@medway.at

Die Adresse Ihrer Zweitordination

 (nur bei Bestellung TeleOrdination)

PLZ Ort

Straße Hausnummer Block Stiege Stock Tür

Rechnungsadresse

 (nur angeben, wenn eine alternative Rechnungsadresse gewünscht ist)

Familienname/Firmenname Vorname

PLZ Ort

Straße Hausnummer Block Stiege Stock Tür



Bestellung von A1 DaMe Service



Kundendaten, nur für bestehende Kunden (Finden Sie auf Ihrer A1 Rechnung)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Kundennummer	Verrechnungskonto	Bestehende Anschlussnummer (inkl. Vorwahl)

Bitte schreiben Sie in Großbuchstaben linksbündig und innerhalb der Kästchen. Die mit „*“ markierten Felder sind Pflichtfelder.

Vorortanalyse

Hard- und Software

Sind die PC's untereinander vernetzt? Ja Nein

Ansprechpartner bei EDV-Firma	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Name	Rufnummer (tagsüber erreichbar)

Welche Praxissoftware wird verwendet?

Ansprechpartner bei Praxissoftwarehersteller	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Name	Rufnummer (tagsüber erreichbar)

Wird elektronischer Befundtransfer bereits eingesetzt? Ja Nein

Provider

Haben Sie einen Breitband Internet Zugang? Ja Nein

Provider

Haben Sie einen e-card Zugang? Ja Nein

Provider

Berater

Mögliche Installationstage

Montag bis Donnerstag: vormittags und nachmittags

Terminwunsch

Datum (TTMMJJJJ)

Vertragsbedingungen

Die Vertragsabwicklung erfolgt ausschließlich zu den Allgemeinen Geschäftsbedingungen für Solutions (AGB Solutions) einschließlich der Leistungsbeschreibung DaMe (LB DaMe) und den Entgeltbestimmungen DaMe (EB DaMe) der A1 Telekom Austria AG, in der jeweils gültigen Fassung. Diese liegen in den Vertriebsstellen von A1 Telekom Austria AG auf und sind unter www.A1.net abrufbar. Mit seiner Unterschrift erklärt der Kunde die AGB Solutions samt den jeweils dazugehörigen LB DaMe und EB DaMe vor Angebotstellung gelesen zu haben und damit einverstanden zu sein. Hinweis: A1 Telekom Austria AG ist für Zwecke der Zulassungsüberprüfung zum Gesundheitsnetz berechtigt, die Bestelldaten an den Hauptverband der Sozialversicherungsträger zu übermitteln.

Die Daten werden maschinell verarbeitet, daher können Änderungen nicht berücksichtigt werden. Vorbehaltlich Satz- und Druckfehler.

Unterschrift des Anmelders (bzw. firmenmäßige Zeichnung oder Vollmacht liegt bei)

Ort/Datum

Bitte senden Sie diese Bestellung unterschrieben per Fax an +43 50664 44215 oder per E-Mail an dataweb.anmeldung@a1.at
Weitere Informationen erhalten Sie unter 0800 664 828.



SEPA Lastschrift Mandat

SEPA Direct Debit Mandate



Die mit „*“ markierten Felder sind Pflichtfelder/The fields with an „*“ are mandatory



* Persönliche Daten des Vertragsinhabers/Personal data contract owner

Name - Firmenname/Company name		
Straße/Street		
Länderkennung/ Country code	PLZ/Postcode	Ort/City or town

Zahlungsempfänger/Payment recipient

A1 Telekom Austria AG; Postfach 1001, A-1011 Wien; Creditor ID: AT57ZZZ00000001044

Kontoinhaber/Account holder (Falls nicht ident mit dem Vertragspartner/If different from contracting party)

Name - Firmenname/Company name

Wiederkehrende Lastschrift/Recurring debit

IBAN	
BIC	

A1 Kundendaten/Customer details

Mobile Rufnummern oder Vertragsnummern/Mobile telephone numbers or contract numbers

Vorwahl/Area code	Rufnummer/Telephone number	/	Vertragsnummer/Contract number	
Vorwahl/Area code	Rufnummer/Telephone number	/	Vertragsnummer/Contract number	
Vorwahl/Area code	Rufnummer/Telephone number	/	Vertragsnummer/Contract number	
Vorwahl/Area code	Rufnummer/Telephone number	/	Vertragsnummer/Contract number	

Festnetz Rufnummern oder Vertragsnummern/Landline telephone numbers or clearing accounts

Vorwahl/Area code	Rufnummer/Telephone number	/	Verrechnungskonto/Clearing account	
Vorwahl/Area code	Rufnummer/Telephone number	/	Verrechnungskonto/Clearing account	
Vorwahl/Area code	Rufnummer/Telephone number	/	Verrechnungskonto/Clearing account	
Vorwahl/Area code	Rufnummer/Telephone number	/	Verrechnungskonto/Clearing account	

* Mit Unterzeichnung dieses Mandats ermächtige ich A1 Telekom Austria AG, Zahlungen von meinem Konto per Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von A1 Telekom Austria AG auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Ich kann innerhalb von 56 Tagen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung der per Lastschrift eingezogenen Zahlung verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Hinweis: Meine Rechte zu dem obigen Mandat sind in einem Merkblatt enthalten, das ich von meinem Kreditinstitut erhalten kann.

By signing this mandate form you authorise (A) A1 Telekom Austria AG to send instructions to your bank to debit your account and (B) your bank to debit your account in accordance with the instructions from A1 Telekom Austria AG. As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 56 days starting from the date on which account was debited.

Note: Your rights regarding the above mandate are explained in a statement that you can obtain from your bank.

Unterschrift/Signature

Datum/Date

Bitte zurücksenden an/Please return to A1 Telekom Austria AG - Postfach 1001 - A-1011 Wien

