

Bestellschein (Konnektorüberlassung)



zu den Allgemeinen Geschäftsbedingungen der CoKom One GmbH (im Folgenden: CoKom) für die zeitlich befristete Überlassung von Konnektoren im Bundesland Baden-Württemberg (im Folgenden: „Servicebedingungen“)

1. Stammdaten der Praxis (Bitte in Blockschrift ausfüllen) <input type="checkbox"/> Einzelpraxis <input type="checkbox"/> Gemeinschaftspraxis <input type="checkbox"/> Praxisgemeinschaft <input type="checkbox"/> MVZ <input type="checkbox"/> BAG <input type="checkbox"/> T-BAG Fachrichtung: <input type="checkbox"/> Hausärztliche Versorgung <input type="checkbox"/> Kardiologie <input type="checkbox"/> Gastroenterologie <input type="checkbox"/> Neurologie / Psychiatrie <input type="checkbox"/> Orthopädie / Chirurgie Praxisname: <input style="width: 100%;" type="text"/> Betriebsstättennummer (BSNR): <input style="width: 100%;" type="text"/> Straße und Hausnummer: <input style="width: 100%;" type="text"/> PLZ: <input style="width: 100%;" type="text"/> Ort: <input style="width: 100%;" type="text"/> Vorwahl: <input style="width: 100%;" type="text"/> / Telefon: <input style="width: 100%;" type="text"/> Fax: <input style="width: 100%;" type="text"/> E-Mail: <input style="width: 100%;" type="text"/>	Bitte per Fax zurück an 09342 / 85451
--	--

2. Folgende Ärzte nutzen den Konnektor zur Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung nach § 73 b SGB V oder der fachärztlichen Versorgung nach § 73 c SGB V zwischen Ärzten, der AOK Baden-Württemberg, der Hausärztlichen Vertragsgemeinschaft eG, dem Deutschen Hausärzterverband Landesverband Baden-Württemberg e. V., MEDIVERBUND Dienstleistungs GmbH, MEDI Baden-Württemberg e. V. und die durch ihn vertretenen Facharztverbände.				
	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"/>

3. Hiermit bestelle ich bei CoKom für die Praxis gemäß Ziffer 1 zu den mir vorliegenden und zur Kenntnis genommenen Servicebedingungen der CoKom den Konnektor, sowie dessen Installation, Pflege, Wartung und Services zum Preis von monatlich € 49,58 zuzüglich gesetzlicher MwSt. (entspricht derzeit € 59,00 inkl. gesetzl. MwSt).* Die Inbetriebnahme wird der o.g. Praxis mit der einmaligen Pauschale in Höhe € 335,29 zuzüglich gesetzlicher MwSt. (entspricht derzeit € 399,00 inkl. gesetzl. MwSt.) in Rechnung gestellt.

Der detaillierte Leistungsumfang der CoKom ergibt sich aus den beigefügten Servicebedingungen.

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 2011.

Mir ist bekannt, dass es nicht in der Verantwortung von CoKom liegt, Interoperabilität meiner Praxisverwaltungssoftware mit dem Konnektor 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

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

Bank:

Kontonummer: Bankleitzahl:

_____ Datum, Stempel, Unterschrift Arzt

5. 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 4 (gemäß Ziffer 2): _____

Unterschrift Arzt / User 3 (gemäß Ziffer 2): _____ Unterschrift Arzt / User 5 (gemäß Ziffer 2): _____