

# AUFTRAG / BESTELLUNG

# CGM TI

Der/Die Auftraggeber/in bestellt verbindlich die folgenden Artikel:

Connecting Healthcare

Art.-Nr.	Artikelbezeichnung	Menge	Monatliche Kosten	Einmalige Kosten
			Einzelpreis	Einzelpreis

Bitte beachten Sie, dass für Produkte mit einer Dienstleistung zur Inbetriebnahme ein entsprechender Dienstleistungsartikel gemäß Preisliste der Bestellung hinzuzufügen ist.

## AUFTRAGGEBER/IN:

Institutionsname

Herr  Frau Titel

Vorname Nachname

Geburtsdatum

Straße/Hausnummer

PLZ/Ort

E-Mail (Angabe zwingend erforderlich)

Telefonnummer

CGM-Kundennummer (falls vorhanden)

## DIENTSLEISTER VOR ORT (DVO)

Firma

Firmensitz/-ort

Bearbeiter/in

E-Mail-Adresse

Fax

Der Auftrag wird hiermit durch den Auftraggeber unter Berücksichtigung der Allgemeinen Geschäftsbedingungen erteilt und kommt mit Versand der Auftragsbestätigung durch die CGM Connectivity zustande. Installations- und Schulungsaufwand, der im Auftrag nicht enthalten ist, wird gesondert in Rechnung gestellt. Ich bestelle hiermit verbindlich bei der CGM Deutschland AG, Business Area Connectivity, die oben angegebenen Artikel. Die Allgemeinen Geschäftsbedingungen (AGB) habe ich zur Kenntnis genommen. Diese können unter [cgm.com/ti-download](http://cgm.com/ti-download) eingesehen oder heruntergeladen werden. Die Preisliste für den TI-Hardwaretausch können Sie unter [cgm.com/ti-erneuern-preisliste](http://cgm.com/ti-erneuern-preisliste) einsehen. Alle genannten Preise verstehen sich zzgl. gesetzlich geltender MwSt. zum Zeitpunkt der Leistungserbringung.

**CompuGroup Medical Deutschland AG** · Business Area Connectivity · Maria Trost 21 56070 Koblenz · T +49 (0) 800 533-2829 · [cgm.com/de](http://cgm.com/de) · Vorsitzender des Aufsichtsrates: Prof. (apl.) Dr. med. Daniel Gotthardt · Vorstand: Frank Brecher, Dr. Ulrich Thomé  
Sitz der Gesellschaft: Koblenz · HRB 22901 · Amtsgericht Koblenz · USt-IdNr.: DE 175763043  
Commerzbank Koblenz · IBAN: DE23 5704 0044 0208 0539 00 · BIC: COBADEFF570

Änderungen und Irrtümer vorbehalten.  
CGMCOM-27547\_CONTI\_TI\_0724\_IRR

Ort/Datum

Vorname/Nachname (in Druckschrift)

**Unterschrift AUFTRAGGEBER/IN:**

Institutionsstempel

