

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.

* Persönliche Daten

<input type="text"/>	<input type="text"/>					
Ordination/Name	Geburtsdatum (TTMMJJJJ)					
<input type="text"/>	<input type="text"/>					
Fachrichtung	Vertragspartner Nr.					
<input type="text"/>	<input type="text"/>					
PLZ	Ort					
<input type="text"/>	<input type="text"/>					
Strasse	Hausnummer	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>					
Kontakt E-Mail-Adresse	Mobiltelefon					

* Kontaktdaten für die Installation

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Kontaktperson am Standort	Rufnummer (tagsüber erreichbar)
Terminwunsch <input type="text"/>	
Datum (TTMMJJJJ)	

* Medizinische Dienste

DaMe select	Befundübermittlung senden/empfangen	Befundübermittlung empfangen	Versand von Abrechnungsdaten
	Wahrlarzpaket DaMe Befundübermittlung (max. 1.000 Befunde/Jahr)	Secure Internet	POS Connect (Netzzugang für Bankomatkassa)
	Elektronische Laboranforderung		
	TeleOffice	TeleOrdination	

Ihre Wunsch E-Mail-Adresse

<input type="text"/>	@medway.at
----------------------	------------

Rechnungsadresse (nur angeben, wenn eine alternative Rechnungsadresse gewünscht ist)

<input type="text"/>	<input type="text"/>					
Familienname/Firmenname	Vorname					
<input type="text"/>	<input type="text"/>					
PLZ	Ort					
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Strasse	Hausnummer	Block	Stiege	Stock	Tür	

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 49085 oder per E-Mail an gesundheit@a1telekom.at
Weitere Informationen erhalten Sie unter 0800 664 828.



Vorortanalyse für 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.

* Persönliche Daten

<input type="text"/>		<input type="text"/>
Ordination/Name		Geburtsdatum (TTMMJJJJ)
<input type="text"/>		<input type="text"/>
Fachrichtung		Vertragspartner Nr.
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Ord. Nr.
PLZ	Ort	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße	Hausnummer	Block
		Stiege
		Stock
		Tür
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Kontakt E-Mail-Adresse		Mobiltelefon

Vorortanalyse für A1 DaMe Service Teilnehmer

(Für einen reibungslosen Installationsablauf bitte das Formular vollständig ausfüllen und gemeinsam mit der Bestellung an uns senden.)

Telefonanlage

freier Telefonanschluss vorhanden	ISDN	POTS
Nebenstelle mit SO Bus	Ja	Nein

Hard- und Software

Sind die PC untereinander vernetzt?	Ja	Nein
-------------------------------------	----	------

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

Welche Praxissoftware wird verwendet?	<input type="text"/>
---------------------------------------	----------------------

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

Wird elektronischer Befundtransfer bereits eingesetzt?	Ja	Nein	<input type="text"/>
			Provider

Haben Sie einen Breitband Internet Zugang (ADSL)?	Ja	Nein	<input type="text"/>
			Provider

Berater	<input type="text"/>
---------	----------------------

Mögliche Installationstage

Montag bis Donnerstag: vormittags und nachmittags	Terminwunsch	<input type="text"/>
Freitag: vormittags		Datum (TTMMJJJJ)

Bitte senden Sie diese Bestellung unterschrieben per Fax an +43 50664 49085 oder per E-Mail an gesundheit@a1telekom.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

<input type="text"/>		
Name - Firmenname/Company name		
<input type="text"/>		
Straße/Street		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
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)

<input type="text"/>
Name - Firmenname/Company name

Wiederkehrende Lastschrift/Recurring debit

IBAN	<input type="text"/>
BIC	<input type="text"/>

A1 Kundendaten/Customer details

Mobile Rufnummern oder Vertragsnummern/Mobile telephone numbers or contract numbers

<input type="text"/>	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Vorwahl/Area code	Rufnummer/Telephone number		Vertragsnummer/Contract number	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Vorwahl/Area code	Rufnummer/Telephone number		Vertragsnummer/Contract number	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Vorwahl/Area code	Rufnummer/Telephone number		Vertragsnummer/Contract number	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Vorwahl/Area code	Rufnummer/Telephone number		Vertragsnummer/Contract number	

Festnetz Rufnummern oder Vertragsnummern/Landline telephone numbers or clearing accounts

<input type="text"/>	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Vorwahl/Area code	Rufnummer/Telephone number		Verrechnungskonto/Clearing account	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Vorwahl/Area code	Rufnummer/Telephone number		Verrechnungskonto/Clearing account	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Vorwahl/Area code	Rufnummer/Telephone number		Verrechnungskonto/Clearing account	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>
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

Weitere Informationen erhalten Sie unter 0800 664 100/For further information please call 0800 664 100

