

Bestellformular - Premium-Eintrag

Bitte wählen Sie Ihren gewünschten Premium-Eintrag, Ihre gewünschte Abrechnung und Zahlungsart und befüllen Sie alle mit **X** gekennzeichneten Felder!

1. DocFinder Premium-Einträge:

Preise zzgl. MwSt.



Premium SMALL

Highlights: Portraitfoto hinterlegen, eigene Praxishomepage verlinken, persönliche Praxisphilosophie kurz vorstellen

49€/Monat

ODER



Premium MEDIUM

Highlights: Schwerpunkte und Leistungen präsentieren (mit Texten und Bildern), 3 individuelle Suchbegriffe hinterlegen, Optimierte Darstellung auf DocFinder.at

99€/Monat

ODER



Premium LARGE

Highlights: Wir kümmern uns um alles, SEO-optimierte Texte zu Ihren Leistungen - von unseren Medizin-Journalisten verfasst, 9 individuelle Suchbegriffe hinterlegen, höchste Patientenreichweite erzielen

199€/Monat

Feld wird von DocFinder ausgefüllt

2. Ich möchte die ausgewählten Leistungen bestellen und stimme den unten genannten Vertragsbedingungen zu:

2.1 Abrechnung:



monatlich

ODER



jährlich 5% Rabatt

2.2 Zahlungsart:



Lastschrift (bitte zusätzlich die Rückseite ausfüllen und faxen)

ODER



Rechnung

Name und Anschrift:



Ort, Datum, Praxisstempel und Unterschrift:



E-Mail:



Premium-Einträge haben eine Mindestvertragslaufzeit von 12 Monaten. Danach verlängert sich der Vertrag auf unbestimmte Zeit und kann unter Einhaltung einer Frist von 4 Wochen jederzeit gekündigt werden. Rechnungen werden per E-Mail übermittelt. Die Abrechnung erfolgt im Vorhinein. Alle Preise zzgl. MwSt. Mit Ihrer Unterschrift stimmen Sie den allgemeinen Vertragsbedingungen für Premium-Dienste (docfinder.at/vpd) sowie den DocFinder AGB (docfinder.at/agb) zu.

v5.0, gültig bis 31.12.2019

Bitte faxen Sie diese Seite unterschrieben an folgende Faxnummer:

01 / 25 330 33 - 86 77

Alternativ können Sie uns die unterschriebene Seite auch eingescannt an folgende E-Mail Adresse senden: service@docfinder.at

SEPA-Lastschriftmandat

Zahlungsempfänger

DocFinder GmbH
Hietzinger Hauptstraße 50/1
1130 Wien, Österreich

Creditor ID: AT88ZZZ00000031429

Zahlungspflichtiger:**Name:****Anschrift:****IBAN:****BIC:**

Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung

Ich ermächtige / Wir ermächtigen die DocFinder GmbH, Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der DocFinder GmbH auf mein / unser Konto gezogenen SEPA Lastschriften einzulösen.

Ich kann / Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem / unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Sollte die von mir / uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit mangels fehlender Deckung nicht von meinem / unserem Konto eingezogen werden können, ist die DocFinder GmbH berechtigt eine Bearbeitungsgebühr von € 7,- zu verrechnen.

Praxisstempel und Unterschrift:**Ort und Datum:**

Bitte faxen Sie diese Seite unterschrieben an folgende Faxnummer:

01 / 25 330 33 - 86 77

Alternativ können Sie uns die unterschriebene Seite auch eingescannt an folgende E-Mail Adresse senden: service@docfinder.at