

Verbindliche Bestellung zur Nutzung von e-pms (kostenpflichtig)

Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular an:

Zahnärztekammer Westfalen-Lippe

per Fax:

per Mail:

- e-pms -

oder

0251/507-539

oder

e-pms@zahnaerzte-wl.de

Auf der Horst 29
48147 Münster

Damit wir Ihnen die elektronische praxismanagement-software e-pms zur Verfügung stellen können, bitten wir Sie diese verbindliche Bestellung zur Nutzung von e-pms auszufüllen und zu unterschreiben. Da die Nutzung kostenpflichtig ist, füllen Sie bitte auch die Einzugsermächtigung aus. Die Allgemeinen Geschäftsbedingungen zur Nutzung von e-pms der ZÄKWL (einsehbar unter www.e-pms.de) ist Bestandteil des mit uns geschlossenen Vertrags. Mit Unterschrift dieser Anmeldung akzeptieren Sie deren Geltung. Hinweise zum Datenschutz erhalten Sie unter www.zahnaerzte-wl.de/dsgvo.

Neubestellung **oder**

Datenübernahme (Praxisübernahme) von: _____

Vorherige(r) Praxisinhaber(in), Ort

<p>Kunde: . (Vor- u. Nachname, Geburtsdatum)</p> <p>Adresse / ggfs. Praxisstempel:</p> <p>Die für die Installation notwendigen Zugangsdaten werden per E-Mail verschickt an:</p> <p>Bitte geben Sie Ihre E-Mail-Adresse an!!!</p>	<p>wiederkehrendes SEPA Lastschriftmandat</p> <p>Ich ermächtige die Zahnärztekammer Westfalen-Lippe, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Zahnärztekammer Westfalen-Lippe auf mein Konto gezogene Lastschrift einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.</p> <p>Mandatsreferenz (ggfs. von ZÄKWL Mandatsreferenz (Mitglieds-/Teilnehmer-Nr.auszufüllen)</p> <p>Kontoinhaber . Vorname und Name</p> <p>Straße und Hausnummer</p> <p>PLZ und Ort</p> <p>Kreditinstitut (Name)</p> <p>IBAN</p> <p>_____ Ort, Datum Unterschrift</p>
--	---