

AANVRAAG

Intramed softwareprogramma

(Dit formulier graag ingevuld en ondertekend retour zenden)

Ondergetekende, praktijkhouder,

Naam : M / V

Vraagt hiermee de Intramedprogrammatuur aan en verklaart akkoord te gaan met de hierna volgende voorwaarden. U verklaart tevens tekeningsbevoegd te zijn namens onderstaande praktijk en/of mede eigenaren.

Voorwaarden:

1. Een licentie voor het programma Intramed wordt u gratis verleend voor de komende drie maanden. De juiste geldigheidsdatum wordt vermeld in de hierna toe te zenden 'Welcomsbrief'.
2. Indien gedurende de eerste drie maanden wordt besloten niet met het programma door te gaan, geldt de verplichting de programmatuur vòòr het einde van die periode aan Intramed terug te zenden, (zie artikelen 4 en 5 van de Algemene voorwaarden op onze website www.intramed.nl).
3. Door betaling van de licentie- en/of servicekosten, gaat automatisch de overeenkomst in. De overeenkomst loopt tot het einde van het jaar volgend op dit jaar en wordt steeds stilzwijgend met één kalenderjaar verlengd.
4. Opzegging van de overeenkomst kan alleen schriftelijk worden gedaan tot 1 oktober van het lopende jaar. De overeenkomst wordt vervolgens ontbonden per 31 december van dat lopende jaar.
5. De Algemene voorwaarden zoals vermeld op onze website, en te lezen op de Intramed-CD zijn van toepassing.

Het totaal aantal therapeuten in de praktijk van ondergetekende is

Datum: Plaats:

Handtekening praktijkhouder:

Overzicht van kosten

(Tarieven 2010)

Intramed:

Enmalige aanschaf(licentie)kosten: € 550,- incl. btw.

Basis tarief:

Het basisdeel van de servicebijdrage is € 242,- incl. btw. per jaar en wordt het eerste jaar naar rato verrekend.

Tarief therapeuten:

Voor iedere therapeut in de praktijk wordt een bedrag van € 200,- incl. btw. per jaar in rekening gebracht en deze wordt eveneens het eerste jaar naar rato berekend.

Gegevens betreffende de praktijk

Beroepsgroep(en) :

Praktijknaam :

Praktijkadres :

Postcode /Plaats : /

Praktijktelefoon : Fax:

E-mailadres :

Indien correspondentie-adres anders is dan praktijkadres:

Contactpersoon : M / V

Correspondentie-adres :

Postcode / Woonplaats : /

Telefoon :

In de praktijk werkende therapeuten:
(geen waarnemers / vervangers)

1. dhr/mevr: naam:.....voorletters:E-Mail.....
2. dhr/mevr.: naam:.....voorletters:E-Mail.....
3. dhr mevr.: naam:.....voorletters:E-Mail.....
4. dhr/mevr.: naam:.....voorletters:E-Mail.....
5. dhr/mevr.: naam:.....voorletters:E-Mail.....
6. dhr/mevr.: naam:.....voorletters:E-Mail.....
7. dhr/mevr.: naam:.....voorletters:E-Mail.....
8. dhr/mevr.: naam:.....voorletters:E-Mail.....
9. dhr/mevr.: naam:.....voorletters:E-Mail.....
10. dhr/mevr.: naam:.....voorletters:E-Mail.....
11. dhr/mevr.: naam:.....voorletters:E-Mail.....
12. dhr/mevr.: naam:.....voorletters:E-Mail.....
13. dhr/mevr.: naam:.....voorletters:E-Mail.....

**A.u.b. volledig invullen en in ongefrankeerde enveloppe zenden aan:
Intramed b.v., Antwoordnummer 10062, 2740 VB Waddinxveen.**