Dipl.-Ing. Volker Schröder / SonneAI Consulting · Schäferholzweg 34, 32257 Bünde · USt-IdNr. DE 262 603 767 · info@praxis-cockpit.de

Auftrag über die Nutzung von Praxis-Cockpit

zwischen Dipl.-Ing. Volker Schröder, handelnd unter SonneAI Consulting (Anbieter), und der Praxis (Kunde).

Praxis

Praxisname / Firma

Rechtsform

Vertreten durch

Straße, Nr.

PLZ, Ort

E-Mail

Telefon

Steuernummer / USt-IdNr.

Kleinunternehmerin nach § 19 UStG

○ Ja ○ Nein

Stufe

eine wählen · Leistungsbeschreibung praxis-cockpit.de/preise/

- ○ Start — 19 €/Monat · Termine, Akte, Rechnung, Buchung · ein Platz
- ○ Behandlung — 59 €/Monat · Strecke, Befund, Berichte · ein Platz
- ○ Praxis — 99 €/Monat · Bücher, DATEV, Verleih, Post · zwei Plätze

Zusätzliche Plätze (à 19 €, in Behandlung und Praxis)

− 0 +

Speicher+ (× 50 GB à 9 €)

− 0 +

☐ Schulung gewünscht — 149 € einmalig (90 Minuten am eigenen System)

Monatliches Entgelt netto (€)

Einrichtung

keine Pauschale

Test 14 Tage, danach 14 Tage Export

Zahlweise und Start

eines wählen

- ○ monatlich im Voraus per SEPA-Lastschrift (Mandat Seite 2)
- ○ monatlich im Voraus per Überweisung
- ○ Jahresvorauszahlung (11 statt 12 Monate; Verband 10) — danach monatlich

Gewünschter Start

Verband / Kennung (nur bei Jahreszahlung)

Mitgliedsnummer (nur im Katalog)

Vertragsgrundlagen

Es gelten die AGB und der Vertrag zur Auftragsverarbeitung (praxis-cockpit.de). Die Praxis handelt als Unternehmerin. Der vereinbarte Monatspreis gilt für diesen Vertrag. Jahreszahlung verlängert sich nicht stillschweigend.

Ort, Datum

Unterschrift Praxis

Unterschrift Anbieter

Dipl.-Ing. Volker Schröder / SonneAI Consulting, Schäferholzweg 34, 32257 Bünde

SEPA-Lastschriftmandat

Zahlungsempfänger (Gläubiger): Dipl.-Ing. Volker Schröder / SonneAI Consulting, Schäferholzweg 34, 32257 Bünde

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE83ZZZ00002603022

Mandatsreferenz: teilt der Anbieter nach Vertragsschluss mit.

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Art der Zahlung: wiederkehrende Zahlungen (monatliches Entgelt und vereinbarte Zusatzleistungen).

Kontoinhaber

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Kreditinstitut

IBAN

BIC

Ort, Datum

Unterschrift Kontoinhaber

Der erste Einzug wird mindestens fünf Bankarbeitstage vorher angekündigt, in der Regel mit der Rechnung.