



## Rückruf-/Fernwartungsauftrag

Hiermit erteile ich/erteilen wir der medatixx GmbH & Co. KG einen Rückruf-/Fernwartungsauftrag. Die Durchführung erfolgt durch die medatixx-Niederlassung Süd.

**Kundennummer:** \_\_\_\_\_

**Praxisanschrift:** \_\_\_\_\_

**Ticketnummer:** \_\_\_\_\_

- Wir sind darüber informiert, dass es sich hierbei um einen kostenpflichtigen Dienstleistungseinsatz der medatixx-Niederlassung Süd handelt und akzeptieren die Rechnungsstellung an unsere Praxis. Die Abrechnung erfolgt nach Aufwand und wird gemäß der derzeit gültigen Dienstleistungspreisliste verrechnet. Kunden mit IT-Service-Vereinbarung erhalten Fernwartungen lt. Vertragskontingent kostenfrei.

**Dienstleistungspreise:**

Fernwartung (1 AE = 15 min.) 29,00 €\*  
Fernwartung Fremdhardware (1 AE = 15 min.) 32,00 €\*  
\*Alle Preise verstehen sich zzgl. der gesetzlichen MwSt.

Gewährleistungsarbeiten gemäß den Garantiebedingungen des Geräteherstellers sowie Leistungen im Rahmen des Softwarepflegevertrages (siehe Softwarepflegevertrag) sind hiervon ausgenommen.

- Ich bestätige, dass ein Auftragsverarbeitungsvertrag mit der medatixx GmbH & Co. KG besteht.
- Die während des Auftrags durch uns einzusehenden Daten und Informationen unterliegen ggf. datenschutzrechtlichen Gesetzen und Richtlinien, insbesondere der EU-DSGVO und dem BDSG, die von der medatixx GmbH & Co. KG gewahrt werden.
- Dieses Dokument gilt mit Praxisstempel und Unterschrift als einmaliger verbindlicher Auftrag. Es gelten die Allgemeinen Geschäftsbedingungen der medatixx GmbH & Co. KG.
- Der Unterzeichner versichert mit seiner Unterschrift, dass er zeichnungsberechtigt ist.

Nach Rücksendung des unterschriebenen Rückruf-/Fernwartungsauftrags an [technik.sued@medatixx.de](mailto:technik.sued@medatixx.de) oder per Fax an 089 1250 4015 282 wird sich ein Servicetechniker bei Ihnen melden, um einen Termin zur Auftragsdurchführung zu vereinbaren.

**Ansprechpartner:** \_\_\_\_\_

**Rückrufnummer:** \_\_\_\_\_

**Beste Erreichbarkeit:**  Montag  Dienstag  Mittwoch  Donnerstag  Freitag  
 Vormittag  Nachmittag

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift Kunde

\_\_\_\_\_  
Praxisstempel