

Hiermit bestelle ich folgenden Eintrag auf www.CMD-Arztsuche.de:

Standard-Eintrag für € 60,00* pro Jahr

Mit Foto und Link zur Homepage auf Ihrer Profil-Seite

Bitte per Fax senden an:

0211 - 280 722 10

Premium-Eintrag für € 59,00* pro Monat

Über 50x erfolgreicher als der Standard-Eintrag! ++ Listung in allen Städten in Ihrem Umkreis (ca. 25-30 Städte) ++ direkter Link zur Homepage aus all diesen Städten/Themen/Ihrer Profilseite ++

Basis-Eintrag für € 30,00* pro Jahr

ohne Foto, ohne Link zur Homepage und ohne separates Premium-Profil

*zzgl. gesetzlicher Mehrwertsteuer

Ihr Eintrag:

Name der Praxis / Klinik:

Titel, Vorname, Name:

Fachrichtung:

Straße, Hausnummer:

PLZ, Ort + Stadtteil:

Telefon:

E-Mail-Adresse:

Homepage-Adresse:

Besondere Leistungen der Praxis/ Klinik in Stichpunkten. Bitte ankreuzen:

<input type="checkbox"/> Abendprechstunde	<input type="checkbox"/> Kieferorthopädie für Kinder und Jugendliche	<input type="checkbox"/> Rot-Weiß-Ästhetik
<input type="checkbox"/> All-on-4® (oder weitere Verfahren)	<input type="checkbox"/> Kieferorthopädie für Erwachsene	<input type="checkbox"/> Samstag-Sprechstunde
<input type="checkbox"/> Alterszahnheilkunde/Seniorenzahnmedizin	<input type="checkbox"/> Kinderzahnheilkunde	<input type="checkbox"/> Schnarchschiene
<input type="checkbox"/> Amalgamfreie Zahnbehandlung/ Amalgamsanierung	<input type="checkbox"/> Lachgas	<input type="checkbox"/> Sportmundschutz
<input type="checkbox"/> Angstpatienten, Zahnarztangst	<input type="checkbox"/> Laser für: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Sportzahnmedizin
<input type="checkbox"/> Bleaching	<input type="checkbox"/> Lumineers®	<input type="checkbox"/> unsichtbare Zahnsperre mit <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> CEREC	<input type="checkbox"/> Mini-Implantate	<input type="checkbox"/> Veneers
<input type="checkbox"/> CMD-Therapie / Bruxismus / Schienentherapie	<input type="checkbox"/> Mundgeruch (Halitosis)	<input type="checkbox"/> Vollnarkose
<input type="checkbox"/> Digitale Volumentomographie (DVT)	<input type="checkbox"/> OP-Mikroskop	<input type="checkbox"/> Weisheitszähne
<input type="checkbox"/> Ganzheitliche Zahnmedizin	<input type="checkbox"/> Ozontherapie	<input type="checkbox"/> Wurzelbehandlung (Endodontie)
<input type="checkbox"/> Günstiger Zahnersatz	<input type="checkbox"/> Parodontitis	<input type="checkbox"/> Wurzelspitzenresektion
<input type="checkbox"/> Hochwertiger Zahnersatz	<input type="checkbox"/> PerioChip®	<input type="checkbox"/> Zahnersatz mit <input type="text"/> Jahren Garantie
<input type="checkbox"/> Hausbesuche	<input type="checkbox"/> Photodynamische Therapie (PDT)	<input type="checkbox"/> Zahnimplantate, pro Jahr <input type="text"/> Implantate
<input type="checkbox"/> Kariesbehandlung ohne Bohren	<input type="checkbox"/> Professionelle Zahnreinigung	<input type="checkbox"/> Zahnsanierung

Ihre Anmerkungen, weitere Leistungen und Wunschstädte:

Datum, Ort

Stempel, Unterschrift

Mit Ihrer Unterschrift bestellen Sie einen Eintrag auf www.cmd-arztsuche.de. Der Vertrag kommt erst mit der Auftragsbestätigung zustande und wird mit der Informationsstelle Gesundheit GmbH auf unbestimmte Zeit geschlossen. Die Mindestlaufzeit beträgt ein Jahr. Sie erhalten jährlich im Voraus eine Rechnung über die Gesamtvertragslaufzeit. Bei Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats ist beim Premium-Eintrag eine Abrechnung quartalsweise möglich. Der Vertrag verlängert sich automatisch jeweils um 1 Jahr zu den dann geltenden Konditionen, wenn er nicht mit einer Frist von mindestens 4 Wochen zum Ende des Buchungszeitraums schriftlich gekündigt wird. Sie akzeptieren unsere Allgemeinen Geschäftsbedingungen. Diese finden Sie auf www.informationsstelle-gesundheit.de/AGB. Der Gerichtsstand ist Düsseldorf.



INFORMATIONSTELLE GESUNDHEIT

AGENTUR FÜR PRAXISMARKETING + PATIENTENGEWINNUNG

INFORMATIONSTELLE GESUNDHEIT GMBH • Am Trippelsberg 43 • 40589 Düsseldorf

Fax 0211 - 28 07 22 10

Gläubiger-Identifikationsnummer:

DE86ZZZ00000632607

Ihre Mandatsreferenz:

WIRD IHNEN NACHTRÄGLICH MITGETEILT

Erteilung eines Lastschriftmandats (SEPA-Basislastschrift)

Name des Kontoinhabers:

Anschrift des Kontoinhabers:

Name der Bank:

IBAN:

DE

BIC:

Ihr Einverständnis:

Ich ermächtige die Informationsstelle Gesundheit GmbH, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Informationsstelle Gesundheit GmbH auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Die Informationsstelle Gesundheit GmbH wird mich spätestens 2 Werktage vor Kontobelastung über die Belastung vorinformieren.

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

Ort, Datum

Unterschrift/Stempel vom Kontoinhaber