

CGM DMP-ASSIST

Vertragsnehmer		
Praxisname	Betriebsstätten-Nummer (BSNR)	CGM TURBOMED-Kunden-Nr.
Ansprechpartner / Geschäftsführer	PLZ / Ort	

CGM DMP-ASSIST				
Anzahl	Art.-Nr.	Produkt	Lizenzpreis	SWP *
- 1 -	30021408	CGM DMP-ASSIST Praxislizenz für CGM TURBOMED-Praxen, Nachfolgeprodukt für die in CGM TURBOMED integrierte DMP-Funktionalität.	0,00 €	0,00 €

* SWP - Software-Pflegegebühr, je Monat

Bitte beachten:

- Der **CGM DMP-ASSIST** enthält alle aktuell verfügbaren **eDMP-Module**, einschließlich der neu verfügbaren eDMPs für Osteoporose, Depression und Rückenschmerz.
- Die neuen eDMP für Depression, Osteoporose und Rückenschmerz werden in CGM TURBOMED **NICHT** umgesetzt.
- Alle derzeit verfügbaren, bis Ende 2020 erschienenen DMP-Module können weiterhin und unverändert in CGM TURBOMED genutzt werden.
- Bei einem Wechsel zum CGM DMP-ASSIST kann die DMP-Funktionalität in CGM TURBOMED **NICHT** mehr genutzt werden - eine parallele Nutzung ist NICHT möglich.

Ein gültiger Software-Vertrag ist Voraussetzung für die Nutzung der Software | Alle Preise sind netto zzgl. der gesetzlichen MwSt. | Die Abrechnung der obligatorischen Pflege- und Nutzungsentgelte erfolgt wie im bestehenden Software-Vertrag vereinbart | Änderungen und Irrtümer vorbehalten | Lieferung und Berechnung der Lizenzen erfolgt ausschließlich über autorisierte CGM TURBOMED Vertriebs- und Servicepartner | Dienstleistungen - wie Installation, Einrichtung oder Schulung - sind nicht Bestandteil dieser Vereinbarung. Diese werden ausschließlich über autorisierte CGM TURBOMED Vertriebs- und Servicepartner erbracht und gesondert von diesen angeboten/abgerechnet.

Mit Unterschrift des/der Vertragsnehmer/s werden die Allgemeinen Geschäftsbedingungen (AGB) der CompuGroup

Medical Deutschland AG, Produktbereich TURBOMED, akzeptiert sowie die Richtigkeit der Angaben auf diesem Formular bestätigt. Die aktuellen AGB können unter cgm.com/turbomed-agb eingesehen werden. Nebenabreden jeglicher Art bedürfen der Schriftform und sind vor Vertragsschluss von der CompuGroup Medical Deutschland AG zu bestätigen.

Ort / Datum

Unterschrift des Vertragsnehmers

Praxisstempel