



BESTELLFORMULAR DENTALAUSTRIA.AT

HOCHSICHERE E-MAIL-KOMMUNIKATION FÜR MITGLIEDER DER ZAHNÄRZTEKAMMER OBERÖSTERREICH (INKLUDIERT E-MAIL-POSTFACH + VERSCHLÜSSELUNG INKL. S/MIME-ZERTIFIKAT)

KUNDENDATEN – BITTE VOLLSTÄNDIG UND IN DRUCKBUCHSTABEN AUSFÜLLEN.				
Vertragspartner/Mailnutzer				
Firmenname*				
Vorname Nachname*				
Straße Nr.*				
PLZ Ort Bundesland*				
E-Mail*				
Telefonnummer*				
* Pflichtfelder, sind für die Bestellung zwingend erforderlich.				
Dentalaustria Mailsystem	TopExchange S Mail User + TopMail Crypt Verschlüsselung inkl. S/MIME-Zertifikat			
Kosten pro Monat 1)	EUR 10,00			
Einmalige Kosten ²⁾	EUR 50,00			

Vertragslaufzeit: mindestens 12 Monate. Der Vertrag verlängert sich automatisch um weitere 12 Monate, wenn dieser nicht fristgerecht – 2 Monate vor Ende der Laufzeit – schriftlich gekündigt wird.

TopExchange S Mail-Adresse enthält eine Mailboxgröße von 500 MB. Der Zugriff findet über POP3/IMAP4 oder/und über Webmail Outlook statt.

DENTALAUSTRIA-MAIL-ADRESSE (WENN NICHT SCHON VORHANDEN).

BEISPIEL: Dr.Max.Mustermann@dentalaustria.at

Titel	Vorname	Nachname

Es gelten die Allgemeinen Geschäftsbedingungen der conova communications GmbH (www.conova.com/agb)



¹⁾ Verrechnung jährlich im Voraus. Anpassung der Preise erfolgt alle 12 Monate auf Basis des Verbraucherpreisindex VPI2015.

²⁾ Vor-Ort-Aktivierung/Einrichtung obliegt dem Kunden.





SEPA-LASTSCHRIFT MANDAT

Erteilung	g oder Änderung		
	Erteilung SEPA-Lastschriftmandat		
	Änderung der Bankverbindung		
Zahlungs	sempfänger		
Karolinge Creditor I	conova communications GmbH Karolingerstraße 36a 5020 Salzburg Österreich Creditor ID: AT17ZZZ00000025238 Art der Zahlung: wiederkehrend		
Zahlungs	spflichtiger – bitte vollständig und in Druckbuchstaben ausfüllen.		
Firmenna	ame		
Name \	/orname		
IBAN			
BIC			
UID-Nr.			
Straße	Nr.		
PLZ Ort	t Land		
Telefon			
Fax			
E-Mail			
	Ich ermächtige/Wir ermächtigen conova communications GmbH, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels SEPA-Last-schrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die von conova communications GmbH auf mein/unser Konto gezogenen SEPA-Lastschriften einzulösen. Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.		
	Ich stimme zu, dass meine persönlichen Daten [Stammdaten, E-Mail-Adresse, Telefonnummer, Domainname, Bankverbindung, UID-Nummer] von der Firma conova communications GmbH zum Zweck der Vertragserfüllung (siehe www.conova.com/Datenschutz) verarbeitet werden.		
Ort, Dati	um Unterschrift und Name der zeichnungsberechtigten Person, Firmenstempel		

