

Nr.	Pakete	Preis monatlich	Auswahl
100	BASIC Paket mit responsiver Website, Suchmaschinenoptimierung, Reservierungssystem, Beratungsclips, Apotheken-App Inklusive 1 Tool (Bitte unten ankreuzen)	39,90 €	<input type="checkbox"/>
105	ECONOMY Paket mit responsiver Website, Suchmaschinenoptimierung, Reservierungssystem, Beratungsclips, Apotheken-App, SSL-Zertifikat Inklusive 2 Tools (Bitte unten ankreuzen)	59,20 €	<input type="checkbox"/>
125	BUSINESS Paket mit responsiver Website, Suchmaschinenoptimierung, Reservierungssystem, Beratungsclips, Apotheken-App, SSL-Zertifikat Inklusive 3 Tools (Bitte unten ankreuzen)	76,90 €	<input type="checkbox"/>
135	FIRST Paket mit responsiver Website, Suchmaschinenoptimierung, Reservierungssystem, Beratungsclips, Apotheken-App, SSL-Zertifikat Inklusive 4 Tools	94,10 €	<input type="checkbox"/>
Bitte kreuzen Sie hier die gewünschten Inklusiv-Tools an:			
<input type="checkbox"/> Click & Collect <input type="checkbox"/> Newsletter-Tool <input type="checkbox"/> Online-Sichtbarkeit <input type="checkbox"/> Schaufenster-Notdienstapp <input type="checkbox"/> Telepharmazie			
<input type="checkbox"/> Paket wird mit Schnittstelle statt responsiver Website gebucht			

Nr.	Pakete	Preis monatlich	Auswahl
065	Click & Collect*	20,80 €	<input type="checkbox"/>
025	Click & Collect Zusatzmodul	24,70 €	<input type="checkbox"/>
055	Flyer-Tool	49,00 €	<input type="checkbox"/>
091	Individuelle App	79,90 €	<input type="checkbox"/> separater Auftrag
140	Managed-Facebook*	19,20 €	<input type="checkbox"/>
040	Newsletter-Tool*	24,60 €	<input type="checkbox"/>
036	Online-Sichtbarkeit* (inkl. Apotheken-App & Reservierungssystem)	29,80 €	<input type="checkbox"/>
045	Schaufenster-Notdienst-App*	21,50 €	<input type="checkbox"/>
060	SSL-Zertifikat (nur in Verbindung mit Basic buchbar)	10,00 €	<input type="checkbox"/>
090	Telepharmazie**	25,40 €	<input type="checkbox"/>
651	*Bitte ankreuzen <input type="checkbox"/> Ich trage meine Daten bei mein.apotheken.de selbst ein <input type="checkbox"/> Ich möchte meine Daten von apotheken.de für einmalig 48,80 € zzgl. MwSt. einspielen lassen		

Apotheken-Daten	
DAV Kundennummer	Kundenbetreuer/in
Startdatum	E-Mail-Adresse
Apotheken-Stempel oder Apotheken-Name, Vorname, Name, Straße/Hausnummer, PLZ, Ort	Notizen
Ort, Datum	Unterschrift

Das Angebot wendet sich ausschließlich an Apotheken-Inhaber/-Leiter im Zusammenhang mit der Führung einer Apotheke. Die Mindestvertragslaufzeit beträgt 12 Monate. Nach Ablauf der Mindestvertragslaufzeit kann der Vertrag mit einer Frist von 4 Wochen zum Monatsende gekündigt werden. Die Jahres-

**Bis zum 31.08.2020 ist die Nutzung des Telepharmazie-Tools kostenfrei. Wünscht der Kunde nach Ablauf des Testzeitraumes keinen kostenpflichtigen Weiterbezug, muss eine Kündigung in Schriftform bis spätestens zum 21.08.2020 gegenüber DAN erfolgen. Ohne fristgerechte Kündigung entsteht ein kosten-

rechnung erhalten Sie nach der Einrichtung Ihrer Produkte. Wir verweisen auf unsere abgedruckten AGB, die Bestandteil dieses Vertrages sind. Alle Preise zzgl. MwSt. Preise gültig ab 18.05.2020. Preisänderungen und Irrtum vorbehalten.

pflichtiges Vertragsverhältnis mit einer Mindestlaufzeit von 12 Monaten ab dem 1.9.2020. Unabhängig von der Nutzung während des kostenfreien Testzeitraumes haben nach dem 31.08.2020 abgeschlossene Verträge eine Mindestlaufzeit von 12 Monaten ab Abschluss.

Zahlungsweise	
<input type="checkbox"/> per Überweisung oder	Bankname _____
<input type="checkbox"/> bequem per Bankeinzug	IBAN _____
(auch bei Bankeinzug erhalten Sie selbstverständlich eine Rechnung)	BIC _____
SEPA-Lastschriftmandat	Kontoinhaber (Name, Vorname) _____
Ich ermächtige (Wir ermächtigen) die Mediengruppe Deutscher Apotheker Verlag Dr. Roland Schmiedel GmbH & Co. KG, Zahlungen von meinem (unserem) Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein (weisen wir unser) Kreditinstitut an, die von der Mediengruppe Deutscher Apotheker Verlag Dr. Roland Schmiedel GmbH & Co. KG auf mein (unser) Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: 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.	Ort, Datum _____ Unterschrift Kontoinhaber _____