

BESTELLFORMULAR

per E-Mail an gvp@haev.de oder per Fax an: 02203 977 88-21
 zwecks Weiterleitung an BAU zur Bearbeitung Ihrer Bestellung

Ich bestelle verbindlich die Prüfung meiner Medizingeräte bei medical:		Anzahl Geräte
<input type="checkbox"/>	Blutdruckmessgerät 11,50 € (ab 5 Geräte 10,75 €, ab 8 Geräte 9,75, ab 13 Geräte 8,75 €)	
<input type="checkbox"/>	Langzeitblutdruckmessgeräte 27,50 €	
<input type="checkbox"/>	Lungenfunktionsgerät 27,50 €	
<input type="checkbox"/>	EKG 27,50 €	
<input type="checkbox"/>	Medizinische Kleingeräte 15,80 € (z. B. Zentrifuge, Mikroskop, etc.)	
<input type="checkbox"/>	Ultraschallgeräte 50,00 €	
<input type="checkbox"/>	Defibrillator 45,00 €	
<input type="checkbox"/>	Reizstromgerät 50,00 €	
<input type="checkbox"/>	Ergometer 175,00 €	
<input type="checkbox"/>	Weitere Geräte und Preise gerne auf Anfrage – Bitte senden Sie uns eine Liste der Geräte per Fax bei Ihrer Rückantwort	

Ich bestelle verbindlich die Prüfung meiner elektrischen Geräte nach DGUV V3 bei medical:			
<input type="checkbox"/>	bis 35 Geräte 8,95 €	<input type="checkbox"/>	bis 125 Geräte 6,95 €
<input type="checkbox"/>	bis 75 Geräte 7,95 €	<input type="checkbox"/>	ab 126 Geräte 6,40 €

Alle Preise gelten pro Gerät. Alle Prüfungen inklusive: Terminierung Prüfablauf, Prüfung mit Spezialgeräten, Kennzeichnung der Geräte mit Barcode/Plakette, Auswertung und Erstellung eines Prüfberichtes, Dokumentation und Archivierung gemäß Betriebssicherheitsverordnung, DGUV und ISO.

<input type="checkbox"/>	Ich interessiere mich für die Betreuung nach DGUV V2 durch eine externe Fachkraft für Arbeitssicherheit . Bitte senden Sie mir das Bestellformular zu.
--------------------------	---

Für die Durchführung des vor Ort Termins fällt eine Anfahrtspauschale an. Diese wird abhängig von der Entfernung zwischen Firmenstandort (Remscheid oder Nieder-Olm) und Einsatzort berechnet und vor dem Termin dem Kunden mitgeteilt.

Praxis: _____ Ansprechpartner: _____

Praxisanschrift (Straße, PLZ, Ort): _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Ort, Datum: _____ Unterschrift/Stempel: _____

Ich bin damit einverstanden, dass die GVP Gesellschaft für Versorgung und Praxis mbH im Hausärztinnen- und Hausärzterverband sowie die BAU Medizintechnik GmbH meine oben genannten Daten ausschließlich zur Bearbeitung meines Bestellwunsches speichern und nutzen dürfen. Ich stimme zu, dass meine angegebenen Daten von der GVP für einen internen Datenabgleich zur Überprüfung meiner Mitgliedschaft im Hausärztinnen- und Hausärzterverband genutzt werden dürfen. Eine Übermittlung meiner Daten an Dritte erfolgt nicht.

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____