

Bestellformular



Starter-Pakete*	DermaMed-Preis	Marktpreis	Preisvorteil	Menge
Inhalt: ImageXplorer, Labor-Rocker, Inkubationskammer, 2 Array-Halter, ALEX ² -Kits für 200, 100 oder 60 Tests				
MADX 200	17.340,- €	18.360,- €	1.020,- €	
MADX 100	12.120,- €	12.960,- €	840,- €	
MADX 60	9.792,- €	10.560,- €	768,- €	
Starterkit (Laboraus-rüstung o. Arrays)	5.700,- €	6.360,- €	660,- €	

*Ersparnis gegenüber der Einzelbestellung zw. 1.200 und 6.000 €

ALEX ² -Kits	DermaMed-Preis	Marktpreis	Preisvorteil	
20er (für manuelles System)	1.764,- €	1.872,- €	108,- €	
50er (für MAX 45k)	4.410,- €	4.572,- €	162,- €	
Mietangebote Laborausstattung	monatlicher DermaMed-Preis	monatlicher Marktpreis	Preisvorteil pro Monat	
24 Monate	275,00 €	289,80 €	14,80 €	
36 Monate	191,00 €	200,80 €	9,80 €	
48 Monate	150,00 €	157,50 €	7,50 €	

Vertragspartner

MacroArray Diagnostics GmbH | Lemböckgasse 59/Top 4 | 1230 Wien, Österreich
 Phone: +43 (1) 865 25 73 | E-Mail: office@macroarraydx.com | Website: www.macroarraydx.com

Alle Preise inkl. AT-Umsatzsteuer von 20 %, diese entfällt bei Vorlage Ihrer Umsatzsteuer-Identifikationsnummer (Sie zahlen dann nur 19 % Erwerbssteuer in Deutschland.)
 Ein Vertragsverhältnis kommt erst nach Unterzeichnung des Miet- oder Kaufvertrages zustande.

Mir ist bekannt und ich willige ausdrücklich ein, dass die DermaMed eG meine oben stehenden Daten verarbeitet, Art. 4 DSGVO, und zum Zwecke der Anbahnung eines Vertragsverhältnisses an das genannte Unternehmen weiterleitet. Ich erkläre mich außerdem damit einverstanden, dass die DermaMed eG meine Daten zur Information per E-Mail oder für Newsletter bzw. sonstige fachbezogene Werbung nutzt, Art. 6 Abs. 1 lit. a) DSGVO. Meine Rechte als Betroffene/r sind mir bekannt. Weitere Hinweise zum Datenschutz und die Datenschutzerklärung der DermaMed eG finde ich auf der Homepage unter www.bvdd.de/service/dermamed-eG

Ich bin Mitglied der DermaMed eG.

Bitte senden Sie mir den Mitgliedsantrag der DermaMed eG zu.

Titel, Vorname, Name _____

Praxisanschrift _____
 (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort) _____

Telefonnummer _____ Faxnummer _____

Datum, Unterschrift _____

Praxisstempel