

Ximedo Anmeldung

Bitte vollständig ausgefüllt zurück faxen an 030 868 703 5769

Titel: _____
Vorname: _____
Nachname: _____

Straße: _____
Ort: _____
PLZ: _____
Telefon: _____
Email: _____
Webseite: _____

Bankdaten

Bank: _____
Kontoinhaber: _____
Kontonummer: _____
Bankleitzahl: _____

Zustimmung zum Lastschriftverfahren

Mit Ihrer Unterschrift ermächtigen Sie die Kleiner & Weise GbR offene Rechnungsbeträge von Ihrem oben durch Kontonummer und Bankleitzahl näher bezeichneten Konto per Lastschrift einzuziehen.

Sie versichern weiterhin, dass alle oben gemachten Angaben korrekt sind.

Ort, Datum Unterschrift

Technische Details

XiMEDO Integration

ja [] nein []

(Anpassung von XiMEDO an das Look and Feel Ihrer Webseite)

Email Konto mit eigener Domain:

ja [] nein []

(Wenn sie ein Email Konto mit Ihrer eigenen Domain haben, werden die XiMEDO Benachrichtigungs Email an Ihre Patienten im Namen dieser Email Adresse versendet.)

Sollten Sie die obige Frage mit 'Ja' beantwortet haben, dann bitten wir sie um die Informationen zu Ihrem Email Konto und SMTP Server.

SMTP Domain:

SMTP Host:

SMTP Port:

SMTP Benutzername:

SMTP Password:

Weitere Informationen:
