



# IT-Flat ANGEBOT

Die 5-Jahre-SorglosFlat der Experten  
für Ihre Praxis-EDV.

## Leistungen pro Arbeitsplatz (Rechner):

- ✓ praxisspezifische Vorinstallation inkl. Konfiguration Betriebssystem, Erstinstallation aller Software des ic med Portfolios inkl. E-Mail und Virenschutz
- ✓ Anbindung der Peripherie (Drucker, Scanner, Kartenleser, EC-Cash u.ä.)
- ✓ Anbindung der TELEMATIKINFRASTRUKTUR
- ✓ Einrichtung Datensicherung
- ✓ Anfahrt Erstinstallation

## Unsere Sorglosleistungen für Sie:

- ✓ 5 Jahre Vollgarantie vor Ort
- ✓ 5 Jahre Leihgerät bei Bedarf
- ✓ 5 Jahre technische Hotline
- ✓ 5 Jahre Fernwartungsservice
- ✓ 5 Jahre administrierter Virenschutz
- ✓ 5 Jahre Unterstützung bei Updates der Telematikinfrastruktur
- ✓ 5 Jahre 24 Stunden Reaktionszeit innerhalb der ic med Geschäftszeiten
- ✓ 5 Jahre Versicherungsschutz des Rechners gegen Feuer / Wasser / Diebstahl

# WIR KÖNNEN SERVICE

Tel.: 0345 298419-0 · Fax: 0345 298419-60 · E-Mail: info@ic-med.de

### 1 Platz / Rezeption



69,00 € brutto/mtl.

### Clients (Standard, SLIM, NUC)



59,00 € brutto/mtl.

### All-in-One Rechner



74,00 € brutto/mtl.

### Server (bis 10 Arbeitsplätze)









99,00 € brutto/mtl.



Das Systemhaus für die Medizin

# BESTELLFORMULAR

	Preis inkl. MwSt.	Anzahl	Gesamt
 <b>1 Platz / Rezeptions Rechner</b> Windows 11 Pro 64-bit, 500 GB SSD, 16 GB RAM, i5	69,00 €/mtl.	_____	_____
 <b>Standard Client</b> Windows 11 Pro 64-bit, 500 GB SSD 16 GB RAM, i5	59,00 €/mtl.	_____	_____
 <b>Slim Client</b> Windows 11 Pro 64-bit, 250 GB SS 16 GB RAM i5	59,00 €/mtl.	_____	_____
 <b>NUC Client</b> Windows 11 Pro 64-bit, 250 GB SSD, 8 GB RAM, i5	59,00 €/mtl.	_____	_____
 <b>All-in-One Rechner</b> Windows 11 Pro 64-bit, 500 GB SSD, 8 GB RAM, i5	74,00 €/mtl.	_____	_____
 <b>Server (bis 10 Arbeitsplätze)</b> Intel Xeon E3 Prozessor, 32 GB RAM, 2 x 2 TB RAID	99,00 €/mtl.	_____	_____

**Gesamtsumme in €**

## WICHTIGE ANGABEN ZU MEINER BESTELLUNG:

Herr   
  Frau   
 Titel

Praxisname

Straße / Hausnummer

PLZ / Ort

E-Mail

Faxnummer

Ort / Datum

Unterschrift

Praxisstempel

Änderungen und Irrtümer vorbehalten.