



Powered by FIRST MEDIA

Anmeldeformular für AerzteRow 1

Institution/ Name: _____

Name: _____

Vorname: _____

Titel: _____

Tätigkeitsschwerpunkt: _____

Straße/ Hausnummer: _____

PLZ/ Ort: _____

E-Mail Adresse: _____

Internetadresse: _____

Ich/ wir möchte/n folgenden Eintrag: (Bitte ankreuzen)

Kostenlos Standard Eintrag [45,00 € Jährlich] Exklusiv Eintrag [75,00 € Jährlich]

Web-Visitenkarte [170,00 € Jährlich] Link Werbung [32,00 € monatlich]

Sprechzeiten:

Montag: _____

Dienstag: _____

Mittwoch: _____

Donnerstag: _____

Freitag: _____

Sonstige Angaben:



Powered by FIRST MEDIA

Anmeldeformular für AerzteRow 2

1) Veröffentlichung in anderen Medien und Verzeichnissen

Der Auftraggeber ist damit einverstanden, dass seine Auftragsdaten (Einträge, Anzeigen, Bilder etc.) auf dem Ärzteportal AerzteRow veröffentlicht werden. Der Auftraggeber ist damit einverstanden, dass die hiermit bestellte Eintragung evtl. in elektronische Verzeichnisse aufgenommen und für Informationszwecke genutzt werden kann. Der Auftraggeber ist damit einverstanden, dass seine hiermit bestellte Eintragung bzw. deren Inhalt, in einem elektronischen Verzeichnis und Informationsdiensten des Auftragnehmers veröffentlicht wird, ungeachtet eines eventuellen Widerspruches gegen die Veröffentlichung des kostenlosen Datensatzes in elektronischen Verzeichnissen (§ 10 TDSV).

2) Hinweis zur Datenspeicherung nach § 33 BDSG

Gemäß § 33 BDSG weisen wir daraufhin, dass Name und Anschrift des Auftraggebers sowie alle für die Auftragsabwicklung erforderlichen Daten in automatisierten Dateien gespeichert werden.

3) Verantwortung für die Eintragung

Der Auftraggeber trägt die Verantwortung für alle dem Auftragnehmer gegenüber gemachten inhaltlichen Angaben. Haftung gegenüber Rechten Dritter trägt der Auftraggeber. Die Eintragung oder Anzeige darf sich nur auf den Verantwortungsbereich des Auftraggebers selbst beziehen.

4) Der Vertrag hat eine Mindestlaufzeit von einem Jahr und verlängert sich um ein weiteres wenn der Vertrag nicht innerhalb von 6 Wochen vor Ablauf der Zeit gekündigt wird.

Zahlungsweise per Bankeinzug / Bankabbuchung

Hiermit ermächtige(n) ich/wir die Firma

FIRST MEDIA, Neptunstr.23, 27356 Rotenburg, widerruflich, die von mir/uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit vom untenstehenden Girokonto durch Lastschrift einzuziehen.

Einzugs-Betrag _____ Euro

Kontoinhaber.: _____

Institut: _____

BLZ: _____

Konto -Nr.: _____

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____