

Vermittlungsformular für Geräte und Praxisausstattung

Bitte füllen Sie für jeden Artikel die entsprechenden Felder in der Tabelle aus. Speichern Sie das Formular auf Ihrem PC ab und senden Sie es mir in einer Email- **WICHTIG:** Drucken Sie die letzte Seite zum unterschreiben aus und lassen Sie mir diese zukommen.
Eintragungsgebühr pro Gerät 49,90 Euro **ANGEBOT** bis 15. Juli für 9,90 Euro.

Persönliche Daten

Titel

Vorname *

Name *

Straße + Hausnummer *

Ort *

PLZ *

Weitere Nummern

Vorwahl

Telefonnummer

Festnetznummer

Vorwahl

Telefonnummer

Handynummer *

Vorwahl

Telefonnummer

WhatsApp Kontaktnummer

Vorwahl

Telefonnummer

E-Mail *

beispiel@beispiel.de

Webseite

UID-Nr. / VAT Nr.

Gewerbetreibende in EU-Ländern, wichtig bei internationalen Vermittlungen

Beruf/ Art des Gewerbes /Therapierichtungen *

Arzt - Heilpraktiker - Therapeut (bitte gerne Fachrichtung/ Spezialisierung)

Gerätedaten

Bezeichnung Gerät *

Hersteller und Geräte name, evtl. Unterbezeichnung

Geräte kategorie/ Gruppe *

Gerätebeschreibung / inkl. Zubehör *

Museumsgeräte werden Geräte bezeichnet, die nicht mehr der Medizinprodukteverordnung der EU/ DE entsprechen.

Verkaufsgrund *

Betriebsstunden, bzw. Zahl der Anwendungen *

- Ja
- Nein
- wird nachgereicht

Wenn Ja, bitte Stunden / Anzahl eingeben

Baujahr bekannt *

- Ja
- Nein
- wird nachgereicht

Wenn Ja, bitte Baujahr eingeben

Seriennummer vorhanden *

- Ja
- Nein
- wird nachgereicht

Wenn Ja, bitte Seriennummer eingeben

Letzte STK- Prüfung (nach MED GV/STK) *

- Ja

wird nachgereicht
nicht notwendig

Wenn Ja, bitte Datum der STK eingeben

CE-Kennzeichnung

Letzte Wartung

Bitte Datum eingeben

Medizinische Geräteklasse laut Hersteller *

1
2a
2b
3
kein Medizinprodukt nach MedGV
Sonstige

Anwendungserlaubnis für *

Ärzte
Heilpraktiker
Therapeuten
Privatpersonsn
wird nachgereicht

Gerätebuch vorhanden *

Ja
Nein
wird nachgereicht

Konformitätserklärung vorhanden *

Ja
nein

Handbuch *

Ja
nein

Bedienungsanleitung *

Ja
nein

Standort (PLZ) des Gerätes *

PLZ und Ort

Schulungsunterlagen *

Ja
nein

Für **Geräte mit ungünstiger Papierlage** (keine **Betriebsanleitung**, kein **Gerätebuch**): Sollte dies eine Abweichung der AGB's der MTS Medizintechnik Schug Gebrauchtgerätebörse darstellen, **übernehmen Sie als Verkäufer die Verantwortung**. In diesem Fall sollten direkte Absprachen mit dem Käufer getroffen werden.

Geräte **ohne CE-Kennzeichnung (ab 1997)**, oder **ohne Zertifizierung** teilweise **nach 2007 (neuere MedGV)**, die nicht mehr gewartet werden, sollten aus rechtlichen Gründen als "**Museumsgeräte**" angeboten werden, da sonst **die Haftung beim Verkäufer bleibt**.
Bitte klären Sie das ab.

Auszahlungsbetrag an Sie (Euro) *

Neupreis *

Das Gerät darf von der MTS Medizintechnik Schug kostenfrei auch auf anderen Verkaufsplattformen angeboten werden. *

Ja
nein

Mit Ihrer **Unterschrift** bestätigen Sie die **Richtigkeit Ihrer Angaben** sowie die **Anerkennung der Vermittlungsbedingungen**.

Nachdem Ihre Angaben geprüft haben, senden Sie das Formular an mich zurück.

Bitte lassen Sie mir die letzte Seite mit ihrer handschriftlichen Unterschrift zukommen.

Ich benötige für die Vermittlung eine rechtskräftige händische Unterschrift von Ihnen.

Bitte an: MTS Medizintechnik, Dipl.-Ing.agr. Andrea Maria Schug, Wiesengasse 14, 67169 Kallstadt oder info@mts-gesund.de. 01577 88 20 968 (auch WhatsApp)

(Sollten Sie in den nächsten 7 Tagen keinerlei Reaktion von mir erhalten, melden Sie sich bitte telefonisch oder per Email. Dann ist Ihr Vermittlungsformular evtl. nicht angekommen.
Wir testen noch die Zuverlässigkeit dieser Plattform. Ich danke für Ihr Verständnis.

Ich möchte über Innovationen zu PRaxis und Gesundeheit informiert werden! *

Ja

Nein

Ich möchte über Gebrauchtgerätebörse MTS-MEDITEC informiert werden *

Ja

Nein

Datum, Unterschrift

Name

Vorname

Nachname

Bitte hier nochmal den Gerätenamen eintragen.

Ich arbeite im Hintergrund an weiteren **Angeboten** und **Netzwerkdienstleistungen**.

Freuen Sei sich mit mir auf einen **erfolgreichen Marktplatz** für die **integrative Medizin** und angrenzende Bereiche.

Die online Unterschrift ist ein Teil des Vertrages. Liebe Grüße Andrea Maria Schug

Zusenden der Bilder zum Gerät

Bitte senden Sie mir die jeweiligen Bilder unter info@mts-meditec.de oder über WhatsApp/Telegram an 01577 88 20 968 zu