

Hygiene-Standards sichern mit digitalen Hygiene- und Desinfektionsplänen

PRO

PUSH® Hygiene

Optimal für Praxen:

- mit einem Standort
- ohne OP / Eingriffsraum
- ohne Bedarf für regelmäßiges Schulungs-Tool

Laufzeit 24 Monate

€ 16,95 mtl. | **€ 406,80**

Preise zzgl. MwSt.

PREMIUM

PUSH® Hygiene

Optimal für Praxen:

- mit mehreren Standorten
- mit OP (Schleuse)
- mit hohem Schulungsinteresse

Laufzeit 24 Monate

Hauptstandort € 24,95 mtl. | **€ 598,80**

je weiterer Standort € 12,00 mtl. | **€ 288,00**

Preise zzgl. MwSt.

Individuell, flexibel, sicher

PRO

PREMIUM

Individuell, flexibel, sicher	PRO	PREMIUM
Hygienecheck mit Ist-Zustand-Analyse	✓	✓
Optimierung der Praxisabläufe in Bezug auf Wirtschaftlichkeit, gesetzlichen Vorgaben und Empfehlungen	✓	✓
Erstellung eines individuellen Hygieneplanes für die Einrichtung auf Grundlage der Begehungsdaten	✓	✓
Erstellung von Desinfektions- und Reinigungsplänen in gewünschter Menge	✓	✓
Anfertigung eines Hautschutzplans und verschiedener Masterpläne wie MRE-Plan, Covid-Plan	✓	✓
Zusätzliche hygienerelevante Unterlagen wie standardisierte Verfahrensanweisungen und Dokumentationsvorlagen	✓	✓
Aushändigung des Hygieneordners mit Einweisung des Personals	✓	✓
Bereitstellung der aktuellen Produktdatenblätter, Sicherheitsdatenblätter und Betriebsanweisungen	✓	✓
Teilnahme am PUSH® Hygiene Programm für die automatische und digitale Aktualisierung des Hygieneplans in Bezug auf gesetzliche Bestimmungen und Empfehlungen	✓	✓
24 Monate Laufzeit mit integriertem Recall-System, auch im Abo erhältlich	✓	✓
Teilnahme an einer jährlichen Hygieneschulung für die hygienebeauftragten Personen der Einrichtung		✓

Order per E-Mail oder Fax:

✉ moin@mar-med.de

☎ 04331 6961 - 229



Hiermit buche ich folgendes System verbindlich zu umseitig genannten Konditionen – bitte ankreuzen:

Formular zum Ausfüllen am PC

Neuabschluss Verlängerung > Laufzeit jeweils 24 Monate

PRO

PUSH[®] Hygiene

PREMIUM

PUSH[®] Hygiene

für _____ Standorte
Anzahl

Abo-Funktion nutzen // automatische Verlängerung
unbefristet, Abrechnungs-Turnus 24 Monate, dreimonatige Kündigungsfrist

Rechnungsanschrift

Bestandskunde, bitte übliche Zahlungsmethode verwenden. (Praxisstempel ausreichend)

Praxis / Klinik Ansprechperson

Straße PLZ / Ort

Telefon (ggf. mit Durchwahl) E-Mail *Pflichtangabe*

Mit meiner Unterschrift erkläre ich, dass ich mit den AGB, siehe mar-med.de, einverstanden bin. Auch stimme ich zwecks Auftragsabwicklung der Übertragung der oben angegebenen Daten an unseren Partner die Paul Hartmann AG (Paul-Hartmann-Str. 12, 89522 Heidenheim) zu. Die Daten werden ausschließlich zur Abwicklung dieses Auftrages verwendet und entsprechend der strengen gesetzlichen Anforderungen behandelt.

Ort, Datum Unterschrift

SEPA-Lastschriftmandat: Ich/wir ermächtige/n die **marmed GmbH & Co. KG**, Assenkoppeln 3, 24787 Fockbek, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. **Gläubiger-ID:** DE68ZZZ00002394548 / **Mandatsreferenz** entspricht der Kundennummer

Bank IBAN / BIC Kontoinhaber (falls abweichend)

wiederkehrende Zahlung einmalige Zahlung

Ort, Datum Unterschrift