# Antrag zur Anmeldung für den **SMS**-Service von I-Motion

Patienten informieren - direkt und einfach aus Ihrer medatixx-Praxissoftware heraus

**Die blau markierten Angaben bitte unbedingt ausfüllen, da sonst keine weitere Bearbeitung des Antrages erfolgen kann.**

## 1. Persönliche Angaben

| | | |
|---|---|---|
| **Praxis:** | **Name:** | **Vorname:** |
| **BSNR:** | I-Motion Kd-Nr.:[1] | medatixx Kd-Nr.:[1] |
| Telefon: | Fax: | **E-Mail:** |
| **Straße / Hausnr.:** | **PLZ / Ort:** | |

1) falls bekannt

## 2. Produktauswahl

| | Produkt | mtl. Kosten | einmalige Kosten | Beschreibung |
|---|---|---|---|---|
| ☐ | Einzel-SMS | --- | 0,11 € je SMS | Einzelabrechnung je SMS |
| ☐ | Paket 1 | 1,- € | --- | 10 Frei-SMS pro Monat (jede weitere SMS 0,11 €) |
| ☐ | Paket 2 | 8,- € | --- | 100 Frei-SMS pro Monat (jede weitere SMS 0,11 €) |
| ☐ | Paket 3 | --- | 25,- € | 300 SMS-Kontingent (Abo: verlängert sich automatisch, wenn das Kontingent aufgebraucht ist) |

**Hinweis: Preise inkl. Mehrwertsteuer. Ein Wechsel zwischen den Produkten/Tarifen ist jederzeit mit einer Frist von 4 Wochen zum Monatsende möglich**

## 3. Angaben zur Absenderkennung

Die Absenderkennung erscheint als Absender für alle SMS, die Sie verschicken. Sie können Ihre Handynummer oder Freitext (max. 11 Zeichen) angeben.

Absenderkennung:

Bei **Ziffern**: **20 Zeichen** von 0-9 und „+“
Bei **Text**: **Max. 11 Zeichen** A-Z und a-z
**Sonderzeichen**: Plus (+), Minus (-) und Unterstrich (_)

Beispiele:
- 017012345678
- +4917012345678
- Loewen-Apo
- Dr_Meier
- IhrZahnarzt
- PRAXIS_HORN

**Formular drucken**

Hiermit bestätige ich, dass ich die AGB der I-Motion GmbH gelesen habe und akzeptiere diese als Bestandteil dieses Leistungsangebotes.
Diese finden Sie am Ende dieses Antrages und auch online unter: **https://www.i-motion.de/Homepage/Agb**

02.08.2025
Datum:

Unterschrift:

**Für telefonische Rückfragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung: 0911 / 936 336 - 0**

Sie erreichen unser Kundencenter montags bis freitags von 8:00 bis 18:00 Uhr

**Bitte füllen Sie den Antrag vollständig aus und senden Sie diesen unterschrieben an uns zurück:**