



CRYSTAL IMPACT
Dr. K. Brandenburg & Dr. H. Putz GbR
Postfach 12 51
53002 Bonn, Germany
Tel.: (0228) 9813643
Fax: (0228) 9813644
E-mail: info@crystalimpact.com

Bestellschein

MATCH! - Phase Identification from Powder Diffraction

Die Lizenz soll ausgestellt werden auf:

Firma/Universität: _____ Hochschule/nicht kommerzielle Einr.²

Abteilung/Institut: _____

Lizenz (bitte ankreuzen):

Normaler Preis¹ Reduzierter Preis^{1,2}

<input type="checkbox"/> Einzelplatzlizenz (neue Lizenz)	925,68 EUR	462,84 EUR
<input type="checkbox"/> Sammellizenz ³ (neue Lizenz)	1.851,36 EUR	925,68 EUR
<input type="checkbox"/> Campuslizenz ⁴ (neue Lizenz)	3.702,72 EUR	1.851,36 EUR
<input type="checkbox"/> Sammellizenz ³ (Upgrade von Einzelplatzlizenz(en))	925,68 EUR	462,84 EUR
<input type="checkbox"/> Campuslizenz ⁴ (Upgrade von Einzelplatzlizenz(en))	2.777,04 EUR	1.388,52 EUR
<input type="checkbox"/> Campuslizenz ⁴ (Upgrade von Sammellizenz(en))	1.851,36 EUR	925,68 EUR

¹ Preise beinhalten 16% Mehrwertsteuer. Gültig bis 31. Dezember 2006.

² Reduzierter Preis (50% Hochschulrabatt) nur verfügbar für Hochschulen und andere nicht-kommerzielle Einrichtungen!

³ Installation auf einer unbegrenzten Anzahl von PCs innerhalb einer Abteilung / eines Instituts

⁴ Installation auf einer unbegrenzten Anzahl von PCs innerhalb einer Firma / Universität

Kontaktperson:

Name: _____

Telefon/Fax: _____

E-mail: _____

Rechnungsadr.: _____

Lieferadresse: _____ wie Rechnungsadresse

Seriennummer für Versionsupdate oder Lizenzupgrade:

Falls Sie ein Versionsupdate oder Lizenzupgrade erwerben möchten, geben Sie bitte hier die Seriennummer Ihrer bisherigen Version / Lizenz an (z.B. 7.1.2.2005001.0001):

Seriennummer: _____

Zahlweise:

Rechnung/Überweisung

Scheck

Kreditkarte

Kartentyp: MasterCard VisaCard American Express

Kartennummer: _____

Karteninhaber: _____

Gültig bis: _____ Monat _____ Jahr

Bestellnummer:

Falls die Verwaltung Ihrer Einrichtung eine Bestellnummer für den Auftrag vergibt, können Sie diese hier angeben. Die Bestellnummer wird auf allen Lieferscheinen und Rechnungen erscheinen.

Bestellnummer: _____

Bitte schicken Sie das ausgefüllte Formular per Fax oder Post an die im Briefkopf angegebene Adresse.

Datum

Unterschrift