

Vereinbarung zum Erwerb des therapeutischen Spiels „kompetenz“

Bitte senden Sie Ihre Bestellung per Fax an **02137 955-566** oder per E-Mail an **jancil@its.jnj.com**

Auftrags-Nr.: 448500 MDE630

Aktivität: ADE6347

Kostenstelle: DE 00 3603

Verantwortlicher Mitarbeiter Janssen-Cilag:

Telefonnummer: **Fax:**

Zwischen:

(Abteilung, die im Nachgang die Rechnung bezahlt)

Vertreten durch:

(Ansprechpartner vor Ort/Auftraggeber/Empfänger des Spiels)

Adresse:

(im Folgenden: **medizinische Einrichtung**) und der **Janssen-Cilag GmbH, Johnson & Johnson Platz 1, 41470 Neuss** wird eine Vereinbarung zum Erwerb von Exemplaren des therapeutischen Spiels „kompetenz“ geschlossen.

Das therapeutische Spiel „kompetenz“ wird zu einem Preis von 200,00 € (inkl. 19 % MwSt.) pro Exemplar an die medizinische Einrichtung verkauft. Ab einer Abnahme von fünf Kompetenzspielen erhält die medizinische Einrichtung 15 % Preisnachlass pro Spiel (entspricht einem Einzelpreis von 170 € inkl. 19 % MwSt.). Es gelten die jeweils aktuellen allgemeinen Einkaufsbedingungen der Janssen-Cilag GmbH (nachzulesen unter: www.janssen-cilag.de [Unternehmen Einkaufsbedingungen]).

Die medizinische Einrichtung überweist den Rechnungsbetrag innerhalb von 30 Tagen nach Rechnungsstellung unter Angabe des Verwendungszwecks auf folgendes Konto:

Verwendungszweck: Rechnungsnummer + Erwerb „kompetenz“

Kontoinhaber: Janssen-Cilag GmbH

Kontonummer: 2 520 609

Bankinstitut: Deutsche Bank Düsseldorf

Bankleitzahl: 300 700 10

IBAN: DE52 3007 0010 02 520 609 00

SWIFT-Code: DEUTDEDD

Bitte die Zahlung erst vornehmen, wenn eine Rechnung mit Rechnungsnummer vorliegt.

Der Erwerb des therapeutischen Spiels „kompetenz“ erfolgt unabhängig von jeglichen Umsatzgeschäften zwischen der medizinischen Einrichtung und der Janssen-Cilag GmbH. Durch den Erwerb des Spiels entsteht keine Verpflichtung der medizinischen Einrichtung, Produkte der Janssen-Cilag GmbH abzunehmen oder einzusetzen. Die korrekte steuerliche Behandlung obliegt der medizinischen Einrichtung.

Datum:

Datum:

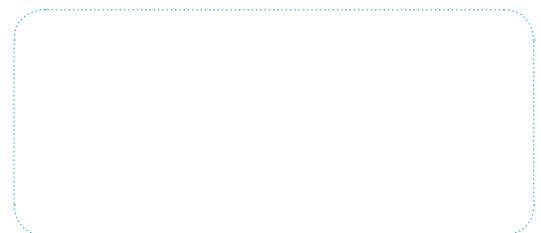
.....
Janssen-Cilag GmbH

.....
Mitarbeiter der med. Einrichtung

Bei Angestellten bitte unbedingt beachten:

Der Erwerb des Spiels erfolgt unter der Bedingung, dass der Dienstherr/Arbeitgeber des Mitarbeiters der medizinischen Einrichtung hierzu seine Zustimmung/Genehmigung erteilt hat. Mit der nachfolgenden Unterschrift und Stempel erklärt der Dienstherr/Arbeitgeber seine Zustimmung/Genehmigung.

Datum:



.....
Unterschrift Dienstherr/Arbeitgeber (mit Funktionsbezeichnung)

(Stempel)

