



**CRYSTAL IMPACT**  
Dr. K. Brandenburg & Dr. H. Putz GbR  
Rathausgasse 30  
53111 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.<sup>2</sup>

Abteilung/Institut: \_\_\_\_\_

#### Lizenz (bitte ankreuzen):

Normaler Preis<sup>1</sup>     Reduzierter Preis<sup>1,2</sup>

<input type="checkbox"/> Einzelplatzlizenz (neue Lizenz)	1.187,62 EUR	593,81 EUR
<input type="checkbox"/> Sammellizenz <sup>3</sup> (neue Lizenz)	2.375,24 EUR	1.187,62 EUR
<input type="checkbox"/> Campuslizenz <sup>4</sup> (neue Lizenz)	4.750,48 EUR	2.375,24 EUR
<input type="checkbox"/> Sammellizenz <sup>3</sup> (Upgrade von Einzelplatzlizenz(en))	1.187,62 EUR	593,81 EUR
<input type="checkbox"/> Campuslizenz <sup>4</sup> (Upgrade von Einzelplatzlizenz(en))	3.562,86 EUR	1.781,43 EUR
<input type="checkbox"/> Campuslizenz <sup>4</sup> (Upgrade von Sammellizenz(en))	2.375,24 EUR	1.187,62 EUR

<sup>1</sup> Preise beinhalten 19% Mehrwertsteuer. Gültig bis 30. Juni 2010.

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

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

<sup>4</sup> 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

Lastschrift

Kontoinhaber: \_\_\_\_\_

Kontonummer: \_\_\_\_\_

Bankleitzahl: \_\_\_\_\_

Name der Bank: \_\_\_\_\_

Scheck

Kreditkarte

Kartentyp:             MasterCard     VisaCard     American Express

Kartenummer:        -----

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**