

Confixx Bestellung

Please complete the following information and fax this form to your Parallels sales representative at **+49 6151 42 996-11**

Bitte füllen Sie die untenstehenden Felder aus und faxen Sie den Auftrag Ihrem Ansprechpartner im Parallels Vertrieb an die Nummer **06151 42 996-11**

Company/ Firma	
Firstname, Lastname/ Vorname, Nachname	
Street/ Straße	
Zip/ PLZ, City/ Ort	
Country/ Land	
Phone/ Telefon	
Fax	
Email	
VAT-No./UST-ID (for international orders only)	
Sales Rep./ Vertriebs- mitarbeiter(in)	Teammail: hostingsales.eu@parallels.com Teamline: 49 (0)6151 42996-180

Hereby we order as follows: / Hiermit bestellen wir wie folgt:

Parallels product/service Parallels Produkt bzw. Service	Quantity / Menge	unit price/ Einzelpreis	price total/ Gesamtpreis
<input type="checkbox"/> Confixx Professional incl. 1x Confixx Datacenter Edition, Linux Unlimited Domain License for one Server. Datacenter Edition for one Server (Master) included. If you want to manage additional Confixx Server with one Master you need additional Datacenter licenses (optional).		599,- EUR	
		total amount: Gesamtsumme:	
		19% MwSt	
		total amount: Gesamtsumme:	

All mentioned prices are without tax and in Euro. This offer is open and without engagement. Alle genannten Preise verstehen sich netto, zzgl. MwSt und sind in Euro. Angebot freibleibend und unverbindlich.

We pay by / Wir zahlen per (please check box / bitte ankreuzen)

creditcard / Kreditkarte prepayment / Vorkasse

I acknowledge that this purchase is subject to Parallels's End-User License Agreement (<http://www.Parallels.com/en/company/eula>) / Dem Parallels End-User License Agreement, welches Bestandteil dieser Bestellung ist, stimme ich hiermit zu (einzusehen auf <http://www.Parallels.com/en/company/eula>).

date/Datum, city/Ort

signature/Unterschrift

Credit Card Authorization/Einzugsermächtigung

Please complete the following information and fax this form to your Parallels sales representative at **+49 6151 42 996-11**

Bitte füllen Sie die untenstehenden Felder aus und faxen Sie den Auftrag Ihrem Ansprechpartner im Parallels Vertrieb an die Nummer **06151 42 996-11**

Company/Firma	
Firstname, Lastname/ Vorname, Nachname	
Street/Strasse	
Zip/PLZ, City/Ort	
Country/Land	
Phone/Telefon	
Fax	
Email	

Credit Card payment / Kreditkarten Zahlung

I acknowledge that my purchase will be charged to the credit card identified below / Hiermit stimme ich zu, dass meine u. g. Kreditkarte mit dem Rechnungsbetrag meiner Bestellung belastet wird.

credit card type (Visa, MC, etc.)	
credit card no.	
expiration date	
name on card	

date/Datum, city/Ort

signature credit card holder/
Unterschrift Karten- bzw. Kontoinhaber

Bank: Sparkasse Bremen

IBAN: DE24 2905 0101 0001 1459 52

BIC: SBREDE22

Konto: 290 501 01

BLZ: 1145952