

es betreut Sie: gbo Medizintechnik AG  
Kleiststr. 6  
D 64668 Rimbach

Tel: 0049 6253 - 808 155  
Fax: 0049 6253 - 808 245  
Mail: info@hitop-therapie.de

## Kaufvertrag

Schweiz

zwischen

und

Simon Keller AG  
Lyssachstr. 83  
CH 3400 Burgdorf

Name: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort: CH- \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Mail: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

nachfolgend **Verkäufer** genannt

nachfolgend **Käufer** genannt

- (1) Dem Käufer wird vom Verkäufer das Gerät **HiToP® PNP** käuflich überlassen.
- (2) Der Preis des Gerätes beträgt **2500,00 CHF**, inkl. der gültigen gesetzlichen Mehrwertsteuer in Höhe von 7,7 % (178,74 CHF). Für den Versand innerhalb der Schweiz werden dem Käufer keine Versandkosten berechnet.
- (3) Der Betrag ist binnen 30 Tagen nach Rechnungsdatum auf das in der Rechnung angegebene Konto des Verkäufers zu überweisen. Die Rechnung liegt der Lieferung des Gerätes bei.
- (4) Der Verkäufer gewährt 5 Jahre Garantie (60 Monate) auf das unter (1) genannte Gerät. Davon ausgeschlossen sind Verschleiß- und Verbrauchsmaterial. Die Frist für die Berechnung der Garantiedauer beginnt mit dem Lieferdatum. Etwaig bestehende gesetzliche Gewährleistungsrechte dem Verkäufer gegenüber bleiben von diesem Garantieverprechen unberührt.
- (5) Der Verkäufer behält sich vor, eine Bonitätsprüfung vorzunehmen und bei negativem Ergebnis vom Vertrag zurückzutreten. Das Gerät HiToP® PNP bleibt bis zur vollständigen Bezahlung des Kaufpreises, trotz der Übergabe an den Käufer, Eigentum des Verkäufers.
- (6) Gestützt auf Artikel 13 der schweizerischen Bundesverfassung und die datenschutzrechtlichen Bestimmungen des Bundes (Datenschutzgesetz, DSG) hat jede Person Anspruch auf Schutz ihrer Privatsphäre sowie auf Schutz vor Missbrauch ihrer persönlichen Daten. Wir halten diese Bestimmungen ein. Persönliche Daten werden streng vertraulich behandelt und weder an Dritte verkauft noch weitergegeben.

**Obige Vereinbarungen wurden gelesen, verstanden und akzeptiert.**

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Verkäufer

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Käufer

**Bitte mailen, faxen oder senden Sie den unterzeichneten Vertrag an:  
gbo Medizintechnik AG (siehe oben)**