

SAG Austria Handels GmbH

Zentrale 1230 Wien, Deutschstraße 6

Kompetenzzentrum HGS 4061 Pasching, Industriestraße 10 Tel.: +43 (0) 732 / 99 58 74 – 0 Fax: +43 (0) 732 / 99 58 74 – 8059 verkauf@hella-gutmann.at

BESTELLSCHEIN

Software- und Lizenzprogramm mega macs S 20





Interne Bestellnummer SI	DI-Modul	Interne Bestellnummer Lizenz		
SDI-MODUL N	MEGA MACS S 20 nur EIN Mod	lul auswählen		PREIS
	SDI-Modul S1		015270571	500,00€
	SDI-Modul S2		015270581	600,00€
	SDI-Modul S3		015270591	700,00€
	SDI-Modul S-Batterie		015270671	100,00€
LIZENZ MEG	A MACS S 20 bei Neukauf eines	mega macs S20 mit entsprechendem SDI-Modul erfolgt die Verrechnung ab dem 7. Mo	nat	PREIS
X	Lizenz S1 (Mindestvertragslaufzeit 12 Monate)		015270411	mtl. 0,00€
	Lizenz S2 (Mindestvertragslaufzeit 12 Monate)		015270421	mtl. 65,00 € jährl. 780,00 €
	Lizenz S3 (Mindestvertragslaufzeit 12 Monate)		015270431	mtl. 110,00 € jährl. 1.320,00 €
	Lizenz S-Batterie (Mindestvertragslaufzeit 12 Monate)		015270531	mtl. 15,00 € jährl. 180,00 €
	Bemerkung:			
LIZENZ S 20	HGS DATA ADD-ON			PREIS
	Lizenz HGS Data Add-On	Nur in Verbindung mit Lizenz S2 / S3	015270751	mtl. 25,00 € jährl. 300,00 €
UPGRADE SE	DI-MODUL Voraussetzung für das	Upgrade ist der Abschluss einer entsprechenden Lizenz mit Mindestvertragslaufzeit vo	on 12 Monaten	PREIS
	Upgrade SDI-Modul S1 auf S2		015270631	100,00€
	UpgradeSDI-Modul S1 auf S3		015270641	200,00€
	UpgradeSDI-Modul S2 auf S3		015270651	100,00€
TREUERABA	.TT			
Sofern Sie mehr Leasingverträge	ere Diagnosegeräte von Hella-Gutmann inkl. n. Ausgenommen Flex-Leasing. Nur	e inkl. Lizenzen und möchte daher meinen Treuerabatt in Anspruch nehmen. Aktiver Lizenz besitzen, erhalten Sie einen Rabatt von 20% auf alle dazugehörigen laufenden I für mega macs ONE, S20, PC-SE, 42-SE, 56, 77, S20 und X). Bestehende Verträge werden beende it den aktuellen Konditionen mit 20% Rabatt und einer neuen Laufzeit von 12 Monaten aktiviert und	et und Sie erhalten eine	aliqote Gutschrift über die bere
Daten Zwei	tgerät: Geräte-Typ: mega macs	Device-Nr.:		
NAME DES B	BESTELLERS			
Geräte-Typ:		Seriennummer:	aktuelle SDI-M	1odul:



SAG Austria Handels GmbH

Zentrale 1230 Wien, Deutschstraße 6

Kompetenzzentrum HGS 4061 Pasching, Industriestraße 10 Tel.: +43 (0) 732 / 99 58 74 – 0 Fax: +43 (0) 732 / 99 58 74 – 8059 verkauf@hella-gutmann.at

SOFTWARE UND LIZENZPROGRAMM **Vertragsdaten**

Interne Vorgangsnummer

### WERKSTATT STANDORF (Disc dischards) Firma* Consideration* Conside				
Ansprechpather* Ansprechpather* Ansprechpather* Ansprechpather* Ansprechpather* Ansprechpather* E-Mail Serialeton PZ/OT* KdNr. HGS (dilb. bekarne)	HANDELSI	PARTNER	WERKSTATT (STANDORT DES GERÄT	ES)
E-Mail Telefon Seriennummer: (Device Number)* Strafler Ntr* ZAHLUNGSWEISE Nur für Lizerapakere Des Bankerapa, - Jahrich, 14 Tage netto* Des Bankerapa, - Jahrich, 30 Tage netto* Des Bankerapakere	Firma*			
Seriennummer:	Ansprechpartner	*	Käufer*	
Clipeicos Number *	E-Mail		Gerätetyp:	
Straße / Nr.*	Telefon			
Nur für Lizenzpakete Das Lizenzpakete ist 12 Monate gültig und verlängert sich jeweiß um ein weiteres Jahr. Eine Kündigung kann mit einer Kündigungsfrist von 3 Monaten zum Vertragsende schrillich erfolge. Rechnung - jahrlich, 14 Tage netto Per Bankeinzug - monatlich, 14 Tage netto* Februar per Bankeinzug - monatlich, 14 Tage netto* Februar per Bankeinzug - jahrlich, 30 Tage netto* Februar per Bankeinzug - monatlich, 14 Tage netto* Februar per Bankeinzug - monatlich, 14 Tage netto* Februar per Bankeinzug - jahrlich, 30 Tage netto* Februar per Bankeinzug - jahrlich, 30 Tage netto* Februar per Bankeinzug - Malika per Ba				
Das Lizenzasket ist 12 Monate gültig und verlängert sich jeweils um ein weiteres Jahr. Eine Kündigung kann mit einer Kündigungsfrist von 3 Monaten zum Vertragsende schriftlich erfolgen. Rechnung - jährlich, 14 Tage netto per Bankeinzug - monatlich, 14 Tage netto per Bankeinzug - 1/4 jährlich, 14 Tage netto per Bankeinzug - jährlich, 20 Tage netto per Bankeinzug - jährlich, 14 Tage netto per Bankeinzu	ZAHLUNGS	SWEISE	PLZ/Ort*	
Das Lizanzpakeit sit 12 Monate gulting und verdrängert sich jeweits um ein weiteres Jahr. Eine Kündigung kann mit einer Kündigungsfrist von 3 Monaten zum Vertragsende schriftlich erfolgen. Rechnung - jährlich, 14 Tage netto Per Bankeinzug - monatlich, 14 Tage netto* Per Bankeinzug - Majhrlich, 14 Tage netto* Per Bankeinzug - July jährlich, 14 Tage netto* Per Bankeinzug - monatlich, 14 Tage netto* Per Bankeinzug - jährlich, 14 Tage netto* Per B	Nur für Lizenzpa	nakete	KdNr. HGS	
SEPA-LASTSCHRIFTVERFAHREN SEPA-Lastschriftverfahren aus. SEPA-Lastschriftverfahren aus. SEPA-Lastschriftverfahren aus. SEPA-Formular vom Kontoinhaber ausfüllen lassen und dem Antrag befügen. Vor- & Nachname* Straße / Nr.* PLZ/Ort* BIC* Gläubiger (wird Ihnen separat mitgeteit) Wird was der ninnerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdaturn, der Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten däbei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.				
Per Barkeinzug - Jahrlich, 14 Tage netto* E-Mail			UID*	
□ per Bankeinzug - 1/4 jährlich, 14 Tage netto* □ per Bankeinzug - jährlich, 30 Tage netto* □ Per Bankeinzug - jährlich, 30 Tage netto* □ Pilinweis: Bei der Zahlungsweise, Bankeinzug* füllen Sie bitte das untenstehende Formular für das SEPA-Lastschriftverfahren aus. SEPA-LASTSCHRIFTVERFAHREN Nur auszufüllen, wenn Antragsteller und Kontoinhaber identisch sind. Anderenfalls separates SEPA-Formular vom Kontoinhaber ausfüllen lassen und dem Antrag befügen. Vor - & Nachname* Vor - & Nachname* Straße / Nr.* PLZ / Ort* □ P	☐ Rechnung - jä	ährlich, 14 Tage netto	Telefon*	
Der Bankeinzug - 1/4 jahrlich, 30 Tage netto* Hinweis: Bei der Zahlungsweise, Bankeinzug' füllen Sie bitte das untenstehende Formular für das SEPA-Lastschriftverfahren aus. SEPA-Lastschriftverfahren aus. ABWEICHENDER RECHNUNGSEMPÄNGER *Pflichtfelder - bitte vollständig ausfüllen. *Pflichtfelder - bitt	per Bankeinzu	ug - monatlich, 14 Tage netto*		
Hinweis: Bei der Zahlungsweise "Bankeinzug" füllen Sie bitte das untenstehende Formular für das SEPA-Lastschriftverfahren aus. *Pflichtfelder - bitte vollständig ausfüllen.	🗖 per Bankeinzu	ug - 1/4 jährlich, 14 Tage netto*		
**Pflichtfelder - bitte vollständig ausfüllen.				
Nur auszufüllen, wenn Antragsteller und Kontoinhaber identisch sind. Anderenfalls separates SEPA-Formular vom Kontoinhaber ausfüllen lassen und dem Antrag beifügen. Vor - & Nachname* Straße / Nr.* PLZ / Ort* BIC* Gläubiger IdentNr AT87 ZZZZO 0000 0011 83 Mandats-referenz (wird Ihnen separat mitgeteit) Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.	Hinweis: Bei der		*Pflichtfelder - bitte vollständig ausfüllen.	
Nor a Nachname* Nor - & Nachname* Vor - & Nachname* Straße / Nr.* PLZ / Ort* BIC* Gläubiger IdentNr AT87 ZZZZO 00000 0011 83 Mandats- referenz (wird Ihnen separat mitgeteilt) Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Rechtsform* Vor - & Zuname (bei Einzel. & GbR)* Vor - & Zuname	Hinweis: Bei der Formular für das	s SEPA-Lastschriftverfahren aus.	·	
Vor- & Nachname* Straße / Nr.* PLZ / Ort* BIC* Gläubiger IdentNr AT87 ZZZO 0000 0011 83 Mandats-referenz (wird Ihnen separat mitgeteilt) Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.	Hinweis: Bei der Formular für das	s SEPA-Lastschriftverfahren aus.	·	SSEMPÄNGER
Straße/Nr.* PLZ/Ort* PLZ/Ort* BIC* KdNr. HGS (falls bekannt) UID* Telefon* Telefon* Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.	Hinweis: Bei der Formular für das SEPA-LAS	STSCHRIFTVERFAHREN wenn Antragsteller und Kontoinhaber identisch sind. Anderenfalls	ABWEICHENDER RECHNUNG	SSEMPÄNGER
BIC* KdNr. HGS (falls bekannt) UID* Gläubiger IdentNr Mandats- referenz (wird Ihnen separat mitgeteilt) Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.	Hinweis: Bei der Formular für das SEPA-LAS Nur auszufüllen, separates SEPA-	STSCHRIFTVERFAHREN , wenn Antragsteller und Kontoinhaber identisch sind. Anderenfalls -Formular vom Kontoinhaber ausfüllen lassen und dem Antrag beifügen.	ABWEICHENDER RECHNUNG Firma & Rechtsform* Vor -& Zuname	SSEMPÄNGER
BIC* (falls bekannt) UID* Gläubiger IdentNr AT87 ZZZO 0000 0011 83 Mandats-referenz (wird Ihnen separat mitgeteilt) Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.	Hinweis: Bei der Formular für das SEPA-LAS Nur auszufüllen, separates SEPA- Vor- & Nachnam	STSCHRIFTVERFAHREN , wenn Antragsteller und Kontoinhaber identisch sind. Anderenfalls -Formular vom Kontoinhaber ausfüllen lassen und dem Antrag beifügen.	ABWEICHENDER RECHNUNG Firma & Rechtsform* Vor -& Zuname (bei Einzel. & GbR)*	SSEMPÄNGER
Gläubiger IdentNr AT87 ZZZO 0000 0011 83 Mandats-referenz (wird Ihnen separat mitgeteilt) Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.	Hinweis: Bei der Formular für das SEPA-LAS Nur auszufüllen, separates SEPA- Vor- & Nachnam Straße/Nr.*	STSCHRIFTVERFAHREN , wenn Antragsteller und Kontoinhaber identisch sind. Anderenfalls -Formular vom Kontoinhaber ausfüllen lassen und dem Antrag beifügen.	ABWEICHENDER RECHNUNG Firma & Rechtsform* Vor -& Zuname (bei Einzel. & GbR)* Straße / Nr.*	SSEMPÄNGER
AT87 ZZZ0 0000 0011 83 Mandats- referenz (wird Ihnen separat mitgeteilt) Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.	SEPA-LAS Nur auszufüllen, separates SEPA- Vor- & Nachnam Straße / Nr.* PLZ / Ort*	STSCHRIFTVERFAHREN , wenn Antragsteller und Kontoinhaber identisch sind. Anderenfalls -Formular vom Kontoinhaber ausfüllen lassen und dem Antrag beifügen.	ABWEICHENDER RECHNUNG Firma & Rechtsform* Vor -& Zuname (bei Einzel. & GbR)* Straße / Nr.* PLZ / Ort* KdNr. HGS	SSEMPÄNGER
Mandats- referenz (wird Ihnen separat mitgeteilt) Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.	SEPA-LAS Nur auszufüllen, separates SEPA- Vor- & Nachnam Straße / Nr.* PLZ / Ort* BIC*	STSCHRIFTVERFAHREN , wenn Antragsteller und Kontoinhaber identisch sind. Anderenfalls -Formular vom Kontoinhaber ausfüllen lassen und dem Antrag beifügen.	ABWEICHENDER RECHNUNG Firma & Rechtsform* Vor -& Zuname (bei Einzel. & GbR)* Straße/Nr.* PLZ/Ort* KdNr. HGS (falls bekannt)	SSEMPÄNGER
referenz (wird Ihnen separat mitgeteilt) Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.	SEPA-LAS Nur auszufüllen, separates SEPA- Vor- & Nachnam Straße / Nr.* PLZ / Ort* BIC* IBAN*	STSCHRIFTVERFAHREN , wenn Antragsteller und Kontoinhaber identisch sind. Anderenfalls -Formular vom Kontoinhaber ausfüllen lassen und dem Antrag beifügen. ne *	ABWEICHENDER RECHNUNG Firma & Rechtsform* Vor -& Zuname (bei Einzel. & GbR)* Straße / Nr.* PLZ / Ort* KdNr. HGS (falls bekannt) UID*	SSEMPÄNGER
die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.	SEPA-LAS Nur auszufüllen, separates SEPA- Vor- & Nachnam Straße / Nr.* PLZ / Ort* BIC* IBAN* Gläubiger IdentNr	STSCHRIFTVERFAHREN , wenn Antragsteller und Kontoinhaber identisch sind. Anderenfalls -Formular vom Kontoinhaber ausfüllen lassen und dem Antrag beifügen. ne *	ABWEICHENDER RECHNUNG Firma & Rechtsform* Vor -& Zuname (bei Einzel. & GbR)* Straße / Nr.* PLZ / Ort* KdNr. HGS (falls bekannt) UID* Telefon*	SSEMPÄNGER
* Pflichtfelder - bitte vollständig ausfüllen.	SEPA-LAS Nur auszufüllen, separates SEPA- Vor- & Nachnam Straße / Nr.* PLZ / Ort* BIC* IBAN* Gläubiger IdentNr Mandats-	STSCHRIFTVERFAHREN , wenn Antragsteller und Kontoinhaber identisch sind. Anderenfalls -Formular vom Kontoinhaber ausfüllen lassen und dem Antrag beifügen. ne * AT87 ZZZO 0000 0011 83	ABWEICHENDER RECHNUNG Firma & Rechtsform* Vor -& Zuname (bei Einzel. & GbR)* Straße / Nr.* PLZ / Ort* KdNr. HGS (falls bekannt) UID* Telefon*	SSEMPÄNGER
	SEPA-LAS Nur auszufüllen, separates SEPA- Vor- & Nachnam Straße / Nr.* PLZ / Ort* BIC* IBAN* Gläubiger IdentNr Mandats- referenz Hinweis: Ich kan die Erstattung de	AT87 ZZZO 0000 0011 83 (wird Ihnen separat mitgeteilt) un innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, es belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem	ABWEICHENDER RECHNUNG Firma & Rechtsform* Vor -& Zuname (bei Einzel. & GbR)* Straße / Nr.* PLZ / Ort* KdNr. HGS (falls bekannt) UID* Telefon*	SSEMPÄNGER
	SEPA-LAS Nur auszufüllen, separates SEPA- Vor- & Nachnam Straße / Nr.* PLZ / Ort* BIC* IBAN* Gläubiger IdentNr Mandats- referenz Hinweis: Ich kan die Erstattung de Kreditinstitut ven	AT87 ZZZO 0000 0011 83 (wird Ihnen separat mitgeteilt) m innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, es belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem reinbarten Bedingungen.	ABWEICHENDER RECHNUNG Firma & Rechtsform* Vor -& Zuname (bei Einzel. & GbR)* Straße / Nr.* PLZ / Ort* KdNr. HGS (falls bekannt) UID* Telefon*	SSEMPÄNGER

Hiermit bestelle ich die auf Seite 1 ausgewählten Software- bzw. Lizenzprodukte zu den dort genannten Preisen. Bestellabwicklung erfolgt duch die SAG Austria Handels GmbH oder über den zuständigen SAG Austria Handels GmbH Handelspartner. Es gelten die allgemeinen Geschäft sbedingungen der SAG Austria Handels GmbH, abrufbar unter www.hella-gutmann.at/de/agb. Alle Preise zzgl. MwSt. Alle Lieferungen ab Werk.

Mit der Bestellung von zusätzlichen Lizenz-Bausteinen erfolgt eine Vertragsumstellung, daraus ergibt sich eine neue Vertragslaufzeit und Kündigungsfrist (ausgenommen Call 15, Call 30, Call 50, Call Express 10, Call Express 40 und HGS Plus Lizenzen).

*Datum *Unterschrift *Firmenstempel

*Pflichtfelder - bitte vollständig ausfüllen.

LIZENZEN MEGA MACS S 20*									
Lizenz S¹	Lizenz S²	Lizenz S³	Lizenz S-Batterie						
FUNKTIONEN									
Diagnoseanschluss-Position Bauteilverortung Fehlercode lesen/löschen** Gesamtabfrage** DoIP-/CAN-FD-Technologie Servicerückstellung** Grundeinstellungen** DBFCM-Daten auslesen*** Druck via E-Mail	Diagnoseanschluss-Position Bauteilverortung Fehlercode lesen/löschen Gesamtabfrage DolP-/CAN-FD-Technologie Servicerückstellung Grundeinstellungen OBFCM-Daten auslesen*** Druck via E-Mail Cyber Security Management Automatische VIN-Identifikation Car History Stellgliedtest Testfunktionen Parameter Codierung Automatisierte Kilometerstandabfrage HV-Batteriediagnose BASIC	Diagnoseanschluss-Position Bauteilverortung Fehlercode lesen/löschen Gesamtabfrage DolP-/CAN-FD-Technologie Servicerückstellung Grundeinstellungen OBFCM-Daten auslesen*** Druck via E-Mail Cyber Security Management Automatische VIN-Identifikation Car History Stellgliedtest Testfunktionen Parameter Codierung Automatisierte Kilometerstandabfrage HV-Batteriediagnose BASIC Fehlercodebasierte Online-Lösungsvorschläge	Diagnoseanschluss-Position Bauteilverortung Fehlercode lesen/löschen Gesamtabfrage DoIP-/CAN-FD-Technologie OBFCM-Daten auslesen*** Druck via E-Mail Cyber Security Management Automatische VIN-Identifikation Car History Parameter Fahrzeugbatterie Registrierung Automatisierte Kilometerstandabfrage HV-Batteriediagnose BASIC						
SERVICES & DATEN									
	OBFCM-Daten versenden*** Übergabe der Fahrzeugdaten an HGS Data****	OBFCM-Daten versenden*** Übergabe der Fahrzeugdaten an HGS Data**** Technischer Support via Hilferuf Flat	OBFCM-Daten versenden***						
TECHNISCHE HOTLINE (OPTIONAL)									
	Call 15 Call 30 Call 50	Call 15 Call 30 Call 50							
LIZENZ S 20 HGS DATA ADD-ON (OPTIONAL)									
	Zugang HGS Data Web	Zugang HGS Data Web							

*entsprechendes Software-Modul erforderlich **Einschränkungen durch Security Gateway möglich ***OnBoard Fuel Consumption Monitoring ****Voraussetzung zur Nutzung der Funktion ist ein HGS Data Zugang