

Registrierung Klinik

Einrichtungsname: _____

Strasse: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Internet: _____

Email: _____

Ansprechpartner

Anrede: _____ Titel: _____

Nachname: _____ Vorname: _____

Telefon (dienstl.) _____ beste Erreichbar: _____

Fax: (dienstl.) _____ Mobil: _____

E-Mail: _____

Bitte Kontaktaufnahme bzgl.

Honorarvertretung als: _____

Überlassung von: _____

Vermittlung von: _____

Sonstiges: _____

Die AGB haben Sie gelesen und akzeptiert: ____ ja ____ nein

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? _____