

Registrierung Klinik

Bitte per Fax an: 0421 – 620 320-20

Name der Einrichtung: _____

Strasse: _____
PLZ / Ort: _____
Internet: _____
E-Mail-Kontakt: _____

Ansprechpartner

Andrede: _____ **Titel:** _____
Nachname: _____ **Vorname:** _____
Telefon (dienstl.) : _____ **Mobil:** _____
Fax (dienstl.) _____ **Email:** _____

Bitte um Kontaktaufnahme bezgl.:

Honorarvertretung als: _____
Dauer der Vertretung: _____
Besondere Anforderungen: _____
Personalüberlassung von: _____
Vermittlung von: _____
Sonstiges: _____

Die AGB Pensum Medical GmbH wurden gelesen und werden akzeptiert: ja nein

Wie sind Sie auf Pensum Medical aufmerksam geworden? _____

Ort, Datum: _____ **Unterschrift:** _____

Vielen Dank für Ihre Registrierung! Wir werden umgehend Kontakt mit Ihnen aufnehmen.

