

Kundenkonto Anmeldung

Ihre Daten (* notwendige Informationen)

Fachrichtung:

Anrede: Herr* Frau*

Vorname: *

Nachname: *

E-Mail-Adresse: *

Sind Sie Niedergelassener Gastroenterologe?

ja nein

Praxisname:

Mitgliedschaften:

Kassenärztliche Vereinigung:

Betriebsstättennummer: *

Arztnummer:*

Status:

in freier Praxis niedergelassen.

ja nein

Gastroenterologe/ Internist (gastroenterologischer Schwerpunkt), jedoch in Arztpraxis angestellt

ja nein

Gastroenterologe/ Internist (gastroenterologischer Schwerpunkt), jedoch in MVZ angestellt, das ganz oder mehrheitlich im Eigentum von Vertragsärzten steht

ja nein

Gastroenterologe/ Internist (gastroenterologischer Schwerpunkt), jedoch in MVZ angestellt, das ganz oder mehrheitlich im Eigentum eines/ mehrerer Krankenhäuser

ja nein

Gastroenterologie als Teilgebietsbezeichnung ist vorhanden

ja nein

Ich bin langjährig gastroenterologisch tätig

ja nein

Praxisart: Einzelpraxis Gemeinschaftspraxis MVZ

Rechnungsadresse:

Praxisname:

Straße/Nr.:*

Adresszusatz:

Postleitzahl:*

Ort:*

Land:*

Ihre Kontaktinformationen

Telefon:

Fax:

Newsletter

Ich möchte regelmäßig interessante Angebote per E-Mail erhalten. Meine E-Mail-Adresse wird nicht an andere Unternehmen weitergegeben. Diese Einwilligung zur Nutzung meiner E-Mail-Adresse für Werbezwecke kann ich jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

ja nein

Datum und Unterschrift

.....

Bitte um Rücksendung an: Email: shop@insitumed.com oder Fax: 0049(0)4072374711