

Information zu Kooperationspraxen

bei einer ViViAN-Vernetzung in der MEDI GbR _____

Name: _____

Fachrichtung: _____

Kooperationspraxen, mit denen ich/wir viele gemeinsame Patienten haben und mit denen ich mich / wir uns gerne elektronisch vernetzen möchte/n, sind folgende Praxen (wenn möglich bitte 10 Praxen angeben):

Name: _____

Fachrichtung: _____

Adresse: _____

Praxissoftware (wenn bekannt): _____

Name: _____

Fachrichtung: _____

Adresse: _____

Praxissoftware (wenn bekannt): _____

Name: _____

Fachrichtung: _____

Adresse: _____

Praxissoftware (wenn bekannt): _____

Name: _____

Fachrichtung: _____

Adresse: _____

Praxissoftware (wenn bekannt): _____

Bitte den Bogen ausgefüllt zurück an Frau Welzenbach senden:
Per Fax an 0711 806079-668 oder per Mail an welzenbach@medi-verbund.de

Name: _____
Fachrichtung: _____
Adresse: _____
Praxissoftware (wenn bekannt): _____

Name: _____
Fachrichtung: _____
Adresse: _____
Praxissoftware (wenn bekannt): _____

Name: _____
Fachrichtung: _____
Adresse: _____
Praxissoftware (wenn bekannt): _____

Name: _____
Fachrichtung: _____
Adresse: _____
Praxissoftware (wenn bekannt): _____

Name: _____
Fachrichtung: _____
Adresse: _____
Praxissoftware (wenn bekannt): _____

Name: _____
Fachrichtung: _____
Adresse: _____
Praxissoftware (wenn bekannt): _____

Bitte den Bogen ausgefüllt zurück an Frau Welzenbach senden:
Per Fax an 0711 806079-668 oder per Mail an welzenbach@medi-verbund.de