

Anmeldung

**www.medivitan.de –
Arztsuche**

Jetzt ausfüllen und faxen an:

02371-937-4535

BITTE IN GROSSBUCHSTABEN. DANKE.

Einverständniserklärung

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass auf der Internetseite www.medivitan.de der MEDICE Arzneimittel meine vollständige Praxisadresse mit Facharztbezeichnung und Telefonnummer, meine Sprechzeiten sowie meine besonderen Praxisangebote, wie z. B. Röntgen, Ultraschall etc., angegeben werden.

Ferner werde ich dort als Anwender der Medivitan® Aufbaukur aufgeführt. Dadurch entstehen mir als Arzt wie auch der Praxis keinerlei Verpflichtungen gegenüber der Firma MEDICE Arzneimittel. Umgekehrt ergeben sich keine Verpflichtungen der Firma MEDICE Arzneimittel gegenüber dem Unterzeichner. Die Erklärung gilt bis auf schriftlichen Widerruf.

Besondere Leistungen meiner/unsere Praxis sind:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Reiseberatung | <input type="checkbox"/> Führerscheinuntersuchungen |
| <input type="checkbox"/> Ernährungsberatung | <input type="checkbox"/> Sportmedizinische Beratung |
| <input type="checkbox"/> Eigenbluttherapie | <input type="checkbox"/> Labor |
| <input type="checkbox"/> Erweiterter Check-up | <input type="checkbox"/> Raucherentwöhnung |
| <input type="checkbox"/> Akupunktur | <input checked="" type="checkbox"/> Vitamin-B-Aufbaukur Medivitan® |

Andere:

.....

.....

Montag:	.....	–	.....	Uhr	.....	–	.....	Uhr
Dienstag:	.....	–	.....	Uhr	.....	–	.....	Uhr
Mittwoch:	.....	–	.....	Uhr	.....	–	.....	Uhr
Donnerstag:	.....	–	.....	Uhr	.....	–	.....	Uhr
Freitag:	.....	–	.....	Uhr	.....	–	.....	Uhr
Samstag:	.....	–	.....	Uhr	.....	–	.....	Uhr

Telefon:

E-Mail:

URL:

.....
Name, Vorname

.....
Praxis

.....
Straße, Hausnummer

.....
PLZ, Ort



Praxisstempel (Bitte verwenden Sie keine grüne Tinte für Ihren Stempel. Vielen Dank.)

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift

Die Bearbeitungszeit beträgt ca. 2 Wochen.