

## Anmeldung

**www.medivitan.de –  
Arztsuche**

**Jetzt ausfüllen und faxen an:  
02371-937-4535**

**BITTE IN GROSSBUCHSTABEN. DANKE.**

### Besondere Leistungen meiner/unserer 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

### Einverständniserklärung

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass auf der Internetseite [www.medivitan.de](http://www.medivitan.de) der MEDICE Arzneimittel Pütter GmbH & Co. KG 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 MEDICE. Umgekehrt ergeben sich keine Verpflichtungen der MEDICE gegenüber dem Unterzeichner. Die Erklärung gilt bis auf Widerruf an MEDICE Arzneimittel Pütter GmbH & Co. KG, Kuhlweg 37, 58638 Iserlohn.

Es gelten die MEDICE Datenschutzbestimmungen, abrufbar unter: <https://www.medice.de/service/datenschutzerklaerung>



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

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift