

Bestellung der SMBC Karte

Bestellung

() eine SMB-C Karte

Folgende Angaben werden benötigt !

Praxisdaten

Praxisanschrift !

Titel, Name und Vorname:

Straße und Hausnummer:

PLZ, Ort:

E-Mail-Adresse:

Meine Telefonnummer

Name und Telefon-Nr.

Ansprechpartner TI

BSNR/Zahnarzt Nummer:

Lebenslange Arzt Nummer

Privatanschrift wichtig für SMBC Karte

Titel, Name und Vorname:

Straße und Hausnummer:

PLZ, Ort:

Geburtsdatum

Geburtsort

Geburtsname

Private Telefonnummer

Praxisform: Einzelpraxis/Praxisgemeinschaft/Berufsausübungsgemeinschaft

(BAG)/Ermächtigung/MVZ/Praxisverwaltungssoftware:

Sie haben fragen, gerne beraten wir sie 06221 / 13889-0

Bei der Installation ist ein Clientmodul enthalten. Mit diesem können Sie die Daten Ihrer Patienten und Kollegen abholen und versenden. Für die Nutzung der eAU und des eRZP benötigen Sie ggf. die Schnittstelle ihres PVS Anbieters.

Datum

Unterschrift und Praxisstempel

Bestellung direkt per Fax zurück an: 06221 / 13889 - 10

Dies ist eine nicht widerrufliche Bestellung, es werden für Sie Dienste und Adressen frei geschaltet und aktiviert die nur wieder regulär gekündigt werden können. Ich bitte Sie dies zu beachten. Wir beraten Sie gerne.