

Faxantwort: 0 63 31/69 89 98 19

Ich habe kein Interesse an einer kostenlosen Testung, aber informieren Sie mich wenn weitere Kassen diesem Vertrag beitreten

Ich habe noch Fragen zu dem Angebot der kostenlosen Testung

Ja, ich nehme das Angebot einer kostenlosen und unverbindlichen Testung an. Nachfolgend erhalten Sie meine Praxisdaten für die Einrichtung eines kostenlosen SRAdoc Analysekontos.

Bitte gut lesbar, am besten in Druckbuchstaben ausfüllen, danke!

Praxis Fachgebiet	
Titel	
Namen	
Vornamen	
Straße	
PLZ / Ort	
Telefon	
Fax	
E-Mail (dringend erforderlich)	
EKG Rekorder	<input type="checkbox"/> vorhandener EKG Rekorder verwenden Typ _____ <input type="checkbox"/> Leihstellung SRA IV (14 Tage)
Ansprechpartner	

Wir versichern Ihnen, diese Daten ausschließlich für die Erzeugung eines SRA Benutzerkontos und für die spätere Kontaktaufnahme durch uns zu verwenden.