



#30

An
Primaid GmbH
Engeldorfer Str. 25
50321 Brühl

Telefax:
0228 94372229 oder
hzv-nachbestellung@printland.de

**Bestellformular
zum HZV-Vertrag mit der AOK Nordost und der IKK Brandenburg
und Berlin**

| | |
|-------------------------------|----------------------------------|
| Betriebsstättennummer: | Arztnummer: |
| Telefon-, Faxnummer: | Absender / Praxisstempel: |
| Datum: | |

Mit diesem Bestellformular können Sie **ausschließlich** Unterlagen zum HZV-Vertrag **mit der AOK Nordost und der IKK Brandenburg und Berlin** für Ihre Praxis anfordern. Bitte kreuzen Sie die von Ihnen benötigten Unterlagen an. Wir bitten um Verständnis, dass pro Bestellung nur die im Kästchen angegebenen Mengen versendet werden können:

| Anzahl | | Material / Bezeichnung |
|--------|-----|---|
| 50 | 100 | Teilnahme- und Einwilligungserklärung Versicherte |
| | | HZV-Beleg |