



Fax-Bestellformular Hausarzt
(Kopiervorlage)
für die Abrechnung der ärztlichen
Leistungen nach dem Vertrag CARDIO-Integral

An
Printland
Siebengebirgsblick 16
53343 Wachtberg

#(,

Anforderung per Fax an: 0228 94372229 oder
0321 21353228

Bestellen können Hausärzte, die am Vertrag CARDIO-Integral teilnehmen. Bitte kreuzen Sie die von Ihnen benötigten Medien an. Wir bitten um Verständnis, dass pro Bestellung nur die angegebenen Mengen verstanden werden können.

Abrechnungsbelege (7745 / 7746)	<input type="checkbox"/> 50 Stück	<input type="checkbox"/> 100 Stück	<input type="checkbox"/> 200 Stück
Handlungsanleitung	<input type="checkbox"/> 1 Stück	_____	_____

Um Ihre Bestellung zügig bearbeiten zu können, beachten Sie bitte folgende Hinweise:

- Bitte kreuzen Sie die von Ihnen benötigten Medien an.
- Überprüfen Sie bitte Ihre persönliche Angaben (Namen, Adresse, Telefonnummer)
- Vergessen Sie bitte nicht die Unterschrift und den Arztstempel.
- Faxen Sie **diesen Bestellschein** ausschließlich an die **o.g. Faxnummer** oder **per Mail** an **hzv-nachbestellung@printland.de**.

Arztnummer (LANR)	Betriebsstättennummer (BSNR)

Name, Vorname

Straße

PLZ, Ort

Telefon (bitte angeben, falls Rückfragen notwendig sind)

Datum / Unterschrift

Praxisstempel