

An
Primaid GmbH
Engeldorfer Str. 25
50321 Brühl

#41

Telefax:

0228 94372229

E-Mail:

hzv-nachbestellung@printland.de**Bestellformular**

zum HZV-Vertrag mit den folgenden Ersatzkassen: **BARMER, DAK Gesundheit**

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

Mit diesem Bestellformular können Sie Einschreibebelege zum Hausarztvertrag mit den Ersatzkassen für Ihre Praxis anfordern. Bitte kreuzen Sie die von Ihnen benötigte Menge an. Wir bitten um Verständnis, dass pro Bestellung nur die im Kästchen angegebenen Mengen versendet werden können:

| Anzahl | | Material / Bezeichnung |
|---------------|-----|-------------------------------|
| 50 | 100 | HZV Einschreibebelege |

Bitte beachten Sie folgende Hinweise:

1. **Die Auslieferung dieser Vordrucke kann nur an eingeschriebene Ärzte erfolgen.**
2. Tragen Sie bitte die Betriebsstättennummer bzw. Hausarztnummer ein.
3. Bitte kreuzen Sie die gewünschte Menge an.
4. Senden Sie dieses Bestellformular bitte per Fax oder per Post an die oben genannte Faxnummer bzw. Adresse.