

An
Primaid GmbH
Engeldorfer Str. 25
50321 Brühl

#39

Telefax
0228 94372229 29 oder
E-Mail
hzv-nachbestellung@printland.de

**Bestellformular
zum HZV-Vertrag mit der DAK Gesundheit**

Betriebsstättennummer:	Arztnummer:
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefon-, Faxnummer:	Absender / Praxisstempel:
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	
Datum: <input type="text"/>	

Mit diesem Bestellformular können Sie Einschreibebelege zum Hausarztvertrag mit der DAK Gesundheit 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
<input type="checkbox"/> 50	<input type="checkbox"/> 100	HZV Einschreibebelege

Bitte beachten Sie folgende Hinweise:

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