



#37

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

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

Anzahl		Material / Bezeichnung
☐ 50	☐ 100	HZV Einschreibebelege

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.