

Formular: Einrichtung Zugang zur Plattform

Praxis-/ Klinikname	
Anschrift	
Emailadresse	
KIM-Adresse	
Ärztliche Mitarbeiter	Name, Vorname, Titel

Durch Ihre Unterschrift erklären Sie sich damit einverstanden, dass die oben erfassten Daten an die Firma RZV GmbH zwecks Anlage eines Nutzerprofils weitergegeben werden.

Unterschrift

Bitte senden Sie das Formular an die folgende E-Mail-Adresse zurück:
arztanfrage@kerckhoff-klinik.de.