

Fax: 0711/ 44812-41

E-Mail: info@vitOrgan.de

Allergostop® Expertenkreis – Antrag auf Mitgliedschaft

Dieses Antragsformular dient der unverbindlichen Prüfung auf Eignung zur Aufnahme als ALLERGOSTOP®-Schwerpunktpraxis.

Die Angaben zur Person und zur Korrespondenzadresse sind unbedingt erforderlich, alle weiteren Angaben sind freiwillig. vitOrgan verpflichtet sich, die Angaben vertraulich zu behandeln.

Anrede:	<input type="checkbox"/> Frau	<input type="checkbox"/> Herr
Name:		
Titel:		
Geburtsdatum (freiwillig):		
E-Mail:		

Praxisadresse:

Straße:	
PLZ:	Ort:
Tel.-Nr.:	

Korrespondenzadresse:

<input type="checkbox"/> privat	<input type="checkbox"/> dienstlich
Straße:	
PLZ:	Ort:
Tel.-Nr.:	

Bitte Rückseite beachten

Bitte beantworten Sie noch einige Fragen zu unserer Information:

- Ich verwende bereits ALLERGOSTOP®, seit: _____
- Ich habe bereits von vitOrgan organisierte Fortbildungen zu ALLERGOSTOP® besucht.
- Ich arbeite in meiner Praxis mit Eigenblut oder Eigenblutzubereitungen.
- Ich arbeite regelmäßig mit Injektionen.

Ich bin Arzt / Ärztin Heilpraktiker/ Heilpraktikerin

Meine Praxis hat _____ Mitarbeiter (mich eingeschlossen)

Weitere Schwerpunkte meiner Praxis:

Ja, ich möchte mit meiner Praxis am ALLERGOSTOP®-EXPERTENKREIS der Firma vitOrgan Arzneimittel GmbH teilnehmen.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass meine Praxis auf den Webseiten der Fa. vitOrgan und bei Patientenanfragen als ALLERGOSTOP®-Schwerpunktpraxis genannt wird.

Die Teilnahme am Allergostop-Expertenkreis ist kostenlos und erfolgt bis auf Widerruf.

Die Aufnahme in den ALLERGOSTOP®-Expertenkreis ist keine Zertifizierung meiner korrekten ALLERGOSTOP®-Herstellung und -Anwendung. Diese und die Einhaltung der gesetzlichen Vorschriften liegen allein in meiner Verantwortung.

Praxisstempel, Datum, Unterschrift:

Ich abonniere den vitOrgan-Newsletter