

Fax: 0711 44 812 - 41

E-Mail: info@vitorgan.de

Antrag auf Mitgliedschaft zum vitOrgan Bioliifting - Expertenkreis

Dieses Antragsformular dient der unverbindlichen Prüfung auf Eignung zur Aufnahme als vitOrgan Bioliifting-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"/> wie Praxisadresse	<input type="checkbox"/> dienstlich	<input type="checkbox"/> privat
Straße:		
PLZ:	Ort:	
Tel.-Nr.:		

Bitte Rückseite beachten!

Bitte beantworten Sie noch einige Fragen zu unserer Information:

Ich bin

- Arzt / Ärztin
- Heilpraktiker / Heilpraktikerin

Meine Praxis

- hat _____ Mitarbeiter (mich eingeschlossen)
- besteht seit _____
- hat geöffnet in Teilzeit Vollzeit

- Ich arbeite mit Biolifting seit _____ und habe damit bisher ca. _____ Therapien durchgeführt
- Ich habe bereits von vitOrgan organisierte Fortbildungen zum Thema Biolifting besucht
- Ich behandle auch mit den biomolekularen Injektionspräparaten von vitOrgan
- Ich behandle auch mit Injektionspräparaten folgender anderer Hersteller: _____

Weitere Schwerpunkte meiner Praxis:

- Bitte nennen Sie meine Praxis auf der vitOrgan-Website als Biolifting-Schwerpunktpraxis
URL (Adresse) der zu nennenden Website: _____
- Ich wünsche einen Anruf zur Vereinbarung eines Außendienstbesuches
- Ich möchte den vitOrgan-Newsletter abonnieren

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich damit einverstanden, mit meiner Praxis am Biolifting-Expertenkreis der Firma vitOrgan Arzneimittel GmbH teilzunehmen. Die Teilnahme am Biolifting-Expertenkreis ist kostenlos und erfolgt bis auf Widerruf. Die Aufnahme in den Biolifting-Expertenkreis ist keine Zertifizierung meiner korrekten Anwendung von Biolifting nach Prof. Dr. med. Rothschild. Diese und die Einhaltung der gesetzlichen Vorschriften liegen allein in meiner Verantwortung.

Praxisstempel, Datum, Unterschrift: