

Fax: 0711 44 812 - 41

E-Mail: info@vitorgan.de

Antrag auf Mitgliedschaft zum vitOrgan ALLERGOSTOP® - Expertenkreis

Dieses Antragsformular dient der unverbindlichen Prüfung auf Eignung zur Aufnahme als vitOrgan 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"/> 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 ALLERGOSTOP® seit _____ und habe damit bisher ca. _____ Therapien durchgeführt
 Ich habe bereits am: _____ von vitOrgan organisierte Fortbildungen „ALLERGOSTOP®“ 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 ALLERGOSTOP®-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 ALLERGOSTOP®-Expertenkreis der Firma vitOrgan Arzneimittel GmbH teilzunehmen. 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. Ich bin damit einverstanden, dass diese Daten zur Bearbeitung meiner Anfrage gespeichert und verarbeitet werden. Ich kann diese Einwilligung jederzeit per E-Mail an info@vitorgan.de oder postalisch an die a. Anschrift widerrufen. Siehe auch unsere Datenschutzerklärung unter www.vitorgan.de/datenschutz.

Praxisstempel, Datum, Unterschrift: