

## Bestätigungsformular HZV-Online-Key

Hiermit bestätige ich

---

**Praxisname**

den Erhalt des **HZV-Online-Key**.

---

**Datum**

**Unterschrift**

**Name in Druckbuchstaben**

---

**Straße**

**PLZ**

**Ort**

Bitte per Fax 0711 - 80 60 79 566 oder per Post an die  
**MEDIVERBUND AG, Liebnechtstraße 29, 70565 Stuttgart**