Bestätigungsformular HZV-Online-Key

Hiermit bestätige ich

Praxisname	**Betriebsstättennummer**

- den Erhalt des HZV-Online-Key.

Datum	**Unterschrift**	**Name in Druckbuchstaben**

Bitte per Fax 0711 - 80 60 79 566
oder per Post an:
MEDIVERBUND AG, Liebknechtstraße 29, 70565 Stuttgart