

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

