

Fax: 0711 44 812 - 41

E-Mail: info@vitorgan.de



Arzneimittel GmbH

Brunnwiesenstr. 21

73760 Ostfildern

Antrag auf Mitgliedschaft zum vitOrgan - Expertenkreis

Dieses Antragsformular dient der unverbindlichen Prüfung auf Eignung zur Aufnahme als vitOrgan-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
- Tierarzt / Tierärztin
- Heilpraktiker / Heilpraktikerin
- Tierheilpraktiker / Tierheilpraktikerin

Meine Praxis

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

- Ich arbeite mit Produkten von vitOrgan seit _____ und habe bisher ca. _____ Therapien durchgeführt
- Ich habe bereits von vitOrgan organisierte Fortbildungen besucht
- Ich behandle regelmäßig mit den biomolekularen Injektionspräparaten von vitOrgan
- Ich behandle regelmäßig mit Injektionspräparaten folgender anderer Hersteller: _____

Weitere Schwerpunkte meiner Praxis:

- Bitte nennen Sie meine Praxis auf der vitOrgan-Website als vitOrgan-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 Expertenkreis der Firma vitOrgan Arzneimittel GmbH teilzunehmen. Die Teilnahme am Expertenkreis ist kostenlos und erfolgt bis auf Widerruf. Die Aufnahme in den Expertenkreis ist keine Zertifizierung meiner korrekten Anwendung von vitOrgan Produkten. Diese und die Einhaltung der gesetzlichen Vorschriften liegen allein in meiner Verantwortung.

Praxisstempel, Datum, Unterschrift: