

Useranforderung AREX

Bitte übermitteln Sie die erforderlichen Daten für eine
Benutzereinrichtung zum System AREX
direkt an **FAX 01 40495 10311**

| | |
|--------------------|--|
| Name: | |
| Vorname: | |
| Titel/Position: | |
| Institution/Firma: | |
| Anschrift: | |
| PLZ/Ort: | |
| Telefonnummer: | |
| Faxnummer: | |
| E-Mail: | |
| Art des Zuganges: | <input type="checkbox"/> Einzelbenutzer (z.B. niedergelassene Ärztin bzw. niedergelassener Arzt) <input type="checkbox"/> Sammelbenutzer (z.B. Station eines Krankenhauses) |
| Bemerkungen: | |

Ort, Datum

Unterschrift
Stempel bzw. firmenmäßige Zeichnung