

**W. Kohlhammer GmbH
Verlag für Ärzte
70549 Stuttgart**

Betriebsstättennummer:	Lebenslange Arztnummer:
Ihre Bestell-/Auftragsnummer:	Bestelldatum:
ABSENDER:	

Bestellschein DMP-Brustkrebs-Teilnahmeerklärung Bayern

Material Muster Bezeichnung

5920710-13	710	DMP Brustkrebs TE/EWE	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 20	<input type="checkbox"/> 50	<input type="checkbox"/>
5920799-1	799	Adressetikett für Datenstelle (Blatt m. 10 Etiketten)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Ich habe heute noch weitere Vordrucke mit dem Bestellschein für
Kassen-/KV-Vordrucke bestellt** (Auftragsprüfung Kunde)

Damit Ihre Bestellung zügig bearbeitet werden kann, beachten Sie bitte folgende Hinweise:

1. Betriebsstättennummer bzw. Lebenslange Arztnummer eintragen
2. Gewünschte Menge ankreuzen
3. Dieses Bestellformular per Fax oder per Post an uns senden
4. **Die Auslieferung dieser Vordrucke kann nur an eingeschriebene Ärzte erfolgen**

Sollten Sie weitere Kassen-/KV-Vordrucke benötigen, verwenden Sie bitte den regulären Bestellschein.