

Bestellformular Dignitäts-Check

Hiermit ermächtige ich die PonteNova auf meinen Namen den Dignitäts-Check zum Preis von 180 Franken zu erstellen.
Bei Gruppenpraxen erfolgt ein Zuschlag von 90 Franken je weiterer Arzt.

Vorname/Name _____

ZSR-Nr. _____

Wichtig **Bitte legen Sie uns eine Kopie des Dignitätsausweises der FMH bei.**

Versand: per Post per Mail

E-Mail-Adresse: _____

Datum: _____

Unterschrift: _____

Praxisstempel:

Das Bestellformular können Sie an unten stehende Adresse per Post senden, mailen (pontenova@hin.ch) oder faxen (031 951 88 61).