

Ja, ich möchte mehr Informationen zu KiWi[®] und zur audiologischen Medizintechnik.

KIND
HÖRGERÄTE

Name/Praxis: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Fax: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

KiWi[®], die maßgeschneiderte Praxis-EDV von KIND.

Bitte rufen Sie mich an für eine persönliche Beratung oder einen Vor-Ort-Termin in meiner Praxis.

Audiologische Medizintechnik von KIND: Technik und Service aus einer Hand.

Ich interessiere mich für KIND Audiometer/Impedanz-Audiometer. Bitte setzen Sie sich mit mir in Verbindung.

1. Ich interessiere mich für das Lautsprechersteuersystem KIND LS Vario 5plus.

2. Ich interessiere mich für den KIND Audiometer-Service: Wartung, Reparatur und Leihgeräte.

Wir betreiben folgende Geräte:

Audiometer 1. _____ 2. _____

3. Ich interessiere mich für Ihren Service bei der Planung von hochwertigen Audiometrieräumen.

Bitte übersenden Sie mir ein Angebot zu 1. 2. 3.

Ausgefülltes Formular bitte per Fax an: (0 51 39) 80 85-297

oder per Post: KIND Hörgeräte • Praxis-Service • Kokenhorststraße 3–5 • 30938 Großburgwedel/Hannover

Praxisstempel:

Unterschrift: _____

Der KIND Praxis-Service ist speziell für die Anforderungen in HNO-Arzt-Praxen entwickelt worden. Wir hoffen, dass wir Sie mit unseren Dienstleistungen im Praxis-Alltag effektiv unterstützen können.

Sollten Sie Fragen oder Anregungen zur Verbesserung des KIND Praxis-Service haben, freuen wir uns auf eine Nachricht von Ihnen.

Alle gemachten Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Ja, ich möchte mich mit meiner HNO-Praxis kostenlos im Internet präsentieren.

KIND
HÖRGERÄTE

- Neueintrag** **Änderung eines bestehenden Eintrages**
 Einzelpraxis **Gemeinschaftspraxis** **Praxisgemeinschaft**

Name/Praxis: _____ Telefon: _____

Straße: _____ Fax: _____

PLZ/Ort: _____ E-Mail: _____

Homepage (falls vorhanden): _____

Ihre Berufsbezeichnung und der Mitgliedstaat der EU,
in dem die Arztbezeichnung verliehen wurde: _____

Zusatzqualifikation: _____

Ärztammer, der Sie angehören: _____

Für Sie gültige Berufsordnung: _____

Umsatzsteuer-Identifikations-Nr. (falls vorhanden): _____

Sprechzeiten: _____

Praxisinformationen: _____

(z. B. medizinischer Ansatz, Heilmethoden, Notfallbehandlung,
kassenärztliche Leistungen, privatärztliche Behandlungen,
besondere Untersuchungs- und Behandlungsverfahren,
Gemeinschaftspraxis, mehrsprachige Betreuung etc.) _____

Sonstiges: _____

z. B. Parkplätze in unmittelbarer Nähe, Taxistand,
Bushaltestelle etc. _____

Ausgefülltes Formular bitte per Fax an: (0 51 39) 80 85-297

oder per Post: KIND Hörgeräte • Praxis-Service • Kokenhorststraße 3–5 • 30938 Großburgwedel/Hannover

Praxisstempel: _____

Unterschrift: _____

Auf den Seiten von www.hno-info.de bieten wir Ihnen die Möglichkeit eines kostenlosen Standardeintrages mit einer Abbildung. Individuelle Gestaltungswünsche können nicht berücksichtigt werden. Bei Interesse an einer Abbildung senden Sie uns ein entsprechendes Motiv auf einem Datenträger zu (gemäß Heilmittelwerbegesetz). Mit Ihrer Unterschrift versichern Sie, dass alle Urheber- und Nutzungsrechte für alle uns übermittelten Daten bei Ihnen liegen. Der Eintrag ist zeitlich unbefristet. Änderungen können Sie uns schriftlich mitteilen. Wir übernehmen die von Ihnen angegebene Gebietsbezeichnung und überprüfen diese nicht auf ihre berufsrechtliche Zulässigkeit. Für die Richtigkeit und Vollständigkeit Ihrer Daten übernehmen wir keine Gewähr.