

## Antwortbogen - Projekt Praxischat

Rücksendung bitte bis zum 20.03.2023

E-Mail an [info@praxisnetz-kiel.de](mailto:info@praxisnetz-kiel.de) oder Fax an 0431 / 97 19 911

Client	An- meldung	Arzt	Praxisname	Nachname	Vorname	Titel	Fachrichtung	BSNR
1.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
2.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
3.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
4.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
5.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						

**E-Mail-Adresse für die Übermittlung der Zugangsdaten:**

---



---

Unterschrift

---

Praxisstempel