

Sie möchten Ihre Praxis/Apotheke auf dem gewünschten Onlineportal **kostenlos** veröffentlichen?

Dann füllen Sie das Formular möglichst vollständig aus und senden uns dieses unterschrieben auf dem Postweg zu.

Mit freundlichem Gruß
Reiner Hell

Media Design GmbH
Tholeyer Straße 58

66822 Lebach

Name der Praxis / Apotheke

Vollständiger Name des Arztes /der Ärzte / Apotheker

gesetzliche Berufsbezeichnung

Staat in welchem die Berufsbezeichnung verliehen wurde

Umsatzsteuer-Identifikationsnummer (falls vorhanden)

Angehörige Ärztekammer / Apothekerkammer

Zuständige Apothekerkammer

Berufsrechtliche Regelungen

Bei den berufsrechtlichen Regelungen ist eine Angabe erforderlich, wo der Besucher der Seite diese Regelungen einsehen kann. Es bietet sich an, einen Link auf die Seite der zuständigen Kammer aufzunehmen, so dass mit einem Klick die dort veröffentlichten gesetzlichen Grundlagen eingesehen werden können.

Straße / Hausnummer

Plz / Ort

Telefonnummer / Fax

HRA / Amtsgericht

E-mail Adresse

Rubrik bei Ärzten (z.B. Zahnarzt)

Sprechzeiten / Öffnungszeiten

Sprechzeiten / Öffnungszeiten

Sonstiges

Über zukünftige Änderungen werden wir die Media Design GmbH in Kenntnis setzen.

Hiermit beauftragen wir die Media Design GmbH mit der Veröffentlichung der angegebenen Daten.

Freigabe: Hiermit erteile ich/wir die Freigabe zur Veröffentlichung oben stehender Angaben auf dem angekreuzten Internetportal. Mir/uns ist bekannt, dass ich/wir für die Richtigkeit der Angaben alleine verantwortlich bin/sind. Mit meiner/unserer Unterschrift stellen wir die Firma Media-Design GmbH von jeglicher Haftung gegenüber Dritten frei und verpflichten uns, diejenigen Schäden zu ersetzen, die durch die Inanspruchnahme durch einen Dritten wegen einer möglichen Rechtsverletzung entstehen. Alle Angaben - auch im Impressum - wurden von uns auf Richtigkeit, Vollständigkeit und rechtliche Notwendigkeit geprüft und zur Veröffentlichung freigegeben. Bei einer Verlinkung auf unsere Webseite (falls vorhanden) übernehmen wir die Verantwortlichkeit für die Richtigkeit der Angaben.

Datum:

Ort:

Rechtsverbindliche Unterschrift/en: