

Bitte zur Abrechnung/Überweisung des
Dienstes in der Notdienstpraxis direkt
ausgefüllt zurück an



Gesundheitsnetz Viersen AG
Herr Peters
Fax : 03212 – 27 27 27 4

Ärzte

Name / Vorname :

Straße :

PLZ / Ort :

Telefon Praxis : Fax :

Telefon Privat : Fax :

Mobil :

Mail :

Bankleitzahl : Kontonummer :

Bankinstitut :

IBAN :

BIC :

.....
Datum, Unterschrift Arzt