

Ja, ich möchte am DALE-UV-Verfahren teilnehmen



IK	Anmeldung ab
----	--------------

Ihre persönlichen Daten

Name	Vorname
Straße / Hausnummer / Postfach	
Postleitzahl	Ort
Telefon	Telefax

Ansprechpartner

Name	
Telefon	E-Mail

Arztpraxissoftware/Abrechnungssoftware

In meiner Praxis/meinem Krankenhaus wird folgende Software eingesetzt:

Produktname
Hersteller
Provider

Datum	Unterschrift
-------	--------------



An den

**Hauptverband der gewerblichen
Berufsgenossenschaften (HVBG)
DALE-UV**

**Alte Heerstr. 111
53754 Sankt Augustin**