**Antwortfax: 089/ 89 26 33 -32 oder E-Mail: service@abzeg.de**

**Ja, Ich möchte die Boni Plus Vorteile des ABZ-Validierungspakets kennenlernen, und wünsche ein unverbindliches Angebot!**

**Ja, und ich möchte den Besuch eines ABZ Praxisberaters!**

**Bitte füllen Sie die Checkliste aus und senden sie diese als Fax oder als E-Mail an uns zurück!**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Kurz-Checkliste Validierung:**  **Gerät 1** | | **Gerät 2** | |
| **Erstvalidierung**  **Re-Validierung** | | **Erstvalidierung**  **Re-Validierung** | |
| **1. Hersteller:** |  | **1. Hersteller:** |  |
| **2. Typ:** |  | **2. Typ:** |  |
| **3. Baujahr:** |  | **3. Baujahr:** |  |
| **4. Anzahl verwendeter Programme:** |  | **4. Anzahl verwendeter Programme:** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Gerät 3** | | **Gerät 4** | |
| **Erstvalidierung**  **Re-Validierung** | | **Erstvalidierung**  **Re-Validierung** | |
| **1. Hersteller:** |  | **1. Hersteller:** |  |
| **2. Typ:** |  | **2. Typ:** |  |
| **3. Baujahr:** |  | **3. Baujahr:** |  |
| **4. Anzahl verwendeter Programme:** |  | **4. Anzahl verwendeter Programme:** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Praxisanschrift:** |  | **Ansprechpartner:** |  |
|  |  | **Telefonnummer:** |  |
|  |  | **E-Mail:** |  |

Datenschutzrechtliche Einwilligung und Kontaktaufnahme durch die Hücker & Hücker GmbHWilhelmstraße 3, D-65779 Kelkheim (Leistungserbringer) .Ich willige ein, dass die ABZ eG meine angegebenen personenbezogenen Daten (Name, Vorname, Telefonnummer, E-Mailadresse und Praxisadresse) im Rahmen des ABZ Validierung Pakets erheben, verarbeiten und nutzen darf.

|  |  |
| --- | --- |
|  | Praxisstempel |

Datum und Unterschrift