

QUALIFIZIERUNGSBESCHEINIGUNG

für den Erwerb von Arzneimitteln

☐ Frau ☐ Herr Firmenname:

Titel	Name*	Vorname*
-------	-------	----------

Straße, Hausnummer* PLZ* Ort*

Rufnummer* Mobilnummer

E-Mail* info@hugoboss.com Homepage www.hugoboss.com

Niederlassung/Standort*	Kundennummer
-------------------------	--------------

Hiermit bestätige ich die Echtheit und Gültigkeit meiner Approbationsurkunde. Über Änderungen bei der Gültigkeit der Approbationsurkunde informiere ich die Dentalversender GmbH.

Im folgenden der Praxisabrechnungsstempel:

Stempel

Ort	Datum
-----	-------

Unterschrift Auftraggeber:in