

# MED Management GmbH

Fax: 030-88 62 53 77

[info@medmanagement.eu](mailto:info@medmanagement.eu)

## Ich habe Interesse an folgender Versorgungsart teilzunehmen:

**Digitalisierte QualitätsSicherung (DQS) in der ambulanten Versorgung durch Kliniken mittels** 1) 6-monatigem **Telemonitoring und**  
2) 24-monatigem **Report Share**

Alle relevanten Informationen habe ich bereits von folgendem Hersteller BIOTRONIK erhalten.

Ich habe Interesse, benötige aber noch weitere zusätzliche Informationen. Ich bin unter folgender Telefonnummer persönlich erreichbar: \_\_\_\_\_.

Bitte übersenden Sie mir als

**Krankenhaus**

**ambulatem Kooperationspartner**

einen Kooperationsvertrag für das Herstellerunternehmen **BIOTRONIK**.

**Vertragspartner** (Bitte nachfolgend Geschäftsführer/-in angeben):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Meine Daten:

Titel, Vorname und Name: \_\_\_\_\_

Einrichtungsanschrift: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

ggf. abweichende Postanschrift für vertrauliche Vertragsunterlagen:

**Zurzeit implantiert die Einrichtung (ambulant):** \_\_\_\_\_ HSM

(Bitte die Anzahl eintragen)

**Zurzeit betreut die Einrichtung bereits Patienten mit Telemedizin:**

(Bitte die Anzahl eintragen.)

\_\_\_\_\_ HomeMonitoring Biotronik

\_\_\_\_\_  
Datum, Ort

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Stempel