



MMI PHARMINDEX PLUS

Faxantwort an 06102 502-100 630

Institution:

Abteilung:

Anrede, Titel:

Vorname, Name:

Straße:

PLZ, Ort:

Telefon:

Telefax:

E-Mail:

- Bitte schicken Sie mir die kostenlose Testversion MMI PHARMINDEX PLUS für 45 Tage zu.
- Bitte senden Sie mir ausführliche Informationen zum MMI PHARMINDEX PLUS.
- Bitte nehmen Sie mit mir Kontakt auf:

telefonisch unter: _____

per E-Mail an: _____ per Fax an: _____

- Bitte senden Sie mir ein konkretes Angebot zu.
 - Krankenhaus, Reha- und Vorsorgeeinrichtung
 - Klinikapotheke, Versorgungsapotheke

Bettenanzahl:

- 150
- 150 - 250
- 251 - 400
- 401 - 650
- 651 - 900
- 901 - 1.400
- 1.401 - 1.800
- ab 1.801

Krankenkasse

MDK

Alten-/Pflegeheim

sonstiges: _____

Anzahl Lizenzen:

- 50
- 51 - 250
- 101 - 200
- ab 201

Datum:

Unterschrift: