



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 Test-DVD MMI PHARMINDEX PLUS für 45 Tage zu.
- Bitte senden Sie mir ausführliche Informationen zur MMI PHARMINDEX PLUS.
- Bitte nehmen Sie mit mir Kontakt auf.
- Bitte senden Sie mir ein 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

Gewünschte Module

- Fachinformationen
- Wirkstoff-Interaktionen
- ARV – Regionale Arzneimittelvereinbarungen\*
- GKV-Rabattverträge\*
- Teilbarkeits-Informationen
- Gelbe Liste Identia
- ICD-Information
- Hilfsmittel-Katalog
- Komfort-Hausliste
- Apotheken-InfoCenter

\* Pflichtmodule für die KBV-zertifizierte Version.