

---

**Praxis-Anmeldung – Fax 05066 – 69 20 64**

---

- Erstanmeldung**
- Änderungsmeldung der Praxis-Daten**

**Absender / Projekt – Teilnehmer**

Praxis \_\_\_\_\_

Arztname(n) \_\_\_\_\_

Dokumentar(in) \_\_\_\_\_

Straße / Hausnummer \_\_\_\_\_

Postleitzahl / Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Telefax \_\_\_\_\_

Email (Arzt/Ärzte) \_\_\_\_\_ Email (Dokumentar) \_\_\_\_\_

Kontonummer/IBAN \_\_\_\_\_ Bankleitzahl/BIC \_\_\_\_\_

Bank \_\_\_\_\_ Steuernummer \_\_\_\_\_

MwSt-pflichtig:  ja  nein

\_\_\_\_\_

Folgende Tumorentitäten sind für mich/uns interessant:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_ Stempel

\_\_\_\_\_ Unterschrift