



Bitte zurück an:

Universitätsklinikum Heidelberg  
Abteilung Allgemeinmedizin & Versorgungsforschung  
**PraCMan**  
Marsilius-Arkaden  
Im Neuenheimer Feld 130.3, 4. OG  
69120 Heidelberg

**Bitte zurückfaxen an: 06221 – 56 33672**  
**PraCMan - Lizenzregistrierung**



**Lizenzschlüssel PraCMan Software:**

Praxisname: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_  
PLZ/ Ort: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_  
Fax: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_

Praxisstempel

**Ansprechpartner:**

**1. Arzt** - Nachname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Ich habe an der PraCMan-Schulung am: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . 20 \_\_\_\_ in \_\_\_\_\_ teilgenommen.

**2. Arzt** - Nachname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Ich habe an der PraCMan-Schulung am: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . 20 \_\_\_\_ in \_\_\_\_\_ teilgenommen.

**1.VERAH** - Nachname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Ich habe an der PraCMan-Schulung am: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . 20 \_\_\_\_ in \_\_\_\_\_ teilgenommen.

**2.VERAH** - Nachname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Ich habe an der PraCMan-Schulung am: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . 20 \_\_\_\_ in \_\_\_\_\_ teilgenommen.

**Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass mir die Datenschutzerklärung (V 1.0/5.9.2018) zu diesem Projekt vorliegt und ich in diese einwillige.**

Datum: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . 20 \_\_\_\_ Unterschrift Arzt 1: \_\_\_\_\_ Unterschrift Arzt 2: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . 20 \_\_\_\_ Unterschrift VERAH 1: \_\_\_\_\_ Unterschrift VERAH 2: \_\_\_\_\_

