

Diagnostika Rabattvereinbarung

Bitte an HAL Allergie senden: **Fax (02 11) 9 77 65 49**

Der Arzt ist Mitglied des Ärzteverbandes Deutsche Allergologen e.V. („AEDA“). Der AEDA hat mit der HAL Allergie GmbH („HAL“), Poststraße 5-6, 40213 Düsseldorf eine Rabattvereinbarung über Sonderkonditionen zu den Diagnostika der HAL Allergie GmbH abgeschlossen. Mitglieder des AEDA können die Diagnostika der HAL zu Sonderkonditionen erwerben. Hierzu ist es erforderlich, dass der AEDA gegenüber HAL die Mitgliedschaft des bestellenden Arztes bestätigt.

Angaben des Arztes:

Name: _____ Vorname: _____

Straße: _____ PLZ: _____ Ort: _____

AEDA Mitgliedsnummer: _____ Ich möchte AEDA-Mitglied werden

HAL Kundennummer(n): _____

Einverständniserklärung Datenübermittlung:

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass der AEDA der HAL mitteilt, dass ich Mitglied des AEDA bin und HAL gegebenenfalls über die Beendigung meiner Mitgliedschaft informiert. Weitergehende Informationen werden nicht an HAL übermittelt. Ich kann diese Einverständniserklärung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

Ort, Datum, Unterschrift

Praxisstempel

Einverständniserklärung zur elektronischen Information via FAX oder Email:

Ich bin damit einverstanden, dass HAL mich durch folgende Medien über Änderungen und Neuigkeiten informiert. Ich kann diese Einverständniserklärung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

• Email: _____

• Fax-Nr.: _____

Ort, Datum, Unterschrift

Praxisstempel