

### Aufnahme einer neuen Institution in den Verzeichnisdienst

Institution \_\_\_\_\_

Ggf. Abteilung \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

**Organisatorischer Ansprechpartner** \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

**Technischer Ansprechpartner** \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

**Dienstzeiten:**

Tag	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
von-bis							

**Ansprechpartner für die Anforderung von Bildern in Ihrem Haus**

Name \_\_\_\_\_ Abteilung \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

**Dienstzeiten:**

Tag	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
von-bis							

**Außerhalb der o.a. Dienstzeiten**

Name \_\_\_\_\_ Abteilung \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Abteilung \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

**Dienstzeiten:**

Tag	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
von-bis							

Abteilung \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

**Dienstzeiten:**

Tag	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
von-bis							

Abteilung \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

**Dienstzeiten:**

Tag	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
von-bis							

Anmerkungen \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Zurücksenden an:** MedEcon Telemedizin GmbH, Gesundheitscampus-Süd 29, 44801 Bochum  
 Fax: (0234) 97836-66, E-Mail: [info@medecon-telemedizin.de](mailto:info@medecon-telemedizin.de)  
 Ansprechpartner: Marcus Kremers, Telefon 0234 97836-36 bzw. 0151 27605562