

Anmeldeformular SurvCARE Hessen

An das
**Hessische Landesprüfungs- und
 Untersuchungsamt im Gesundheitswesen**
 - Infektionsepidemiologie -
 Wolframstraße 33
 D-35864 Dillenburg

Telefon: 02771-3206-61
 Fax: 0611-32764-4870

Einsendendes Labor (ggf. Stempel)

Name:
 Ort:
 Straße:

Ansprechpartner/in

Frau Herr

Name: Vorname:

Telefon:

Email-Adresse:

Befundmitteilung

Wir wünschen / Ich wünsche eine Befundmitteilung:

per Fax: Fax-Nummer:

per Email: Email-Adresse:

Bankverbindung

Name des Zahlungsempfängers:

Adresse des Zahlungsempfängers: PLZ: Ort:

Straße:

Bank/Sparkasse:

IBAN: | _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ |

Ort:..... Datum: ___ / ___ / 20___ Unterschrift: