



ANMELDEFORMULAR

Deutsches Reanimationsregister

DATENERFASSUNG PRÄKLINISCHE REANIMATION

Deutsche Gesellschaft für
Anästhesiologie und Intensivmedizin
Neuwieder Straße 9
90411 Nürnberg
kontakt@reanimationsregister.de

Ihr Rettungsdienst-/Notarztbereich:

Ihr Träger des Rettungsdienstes:

Ärztliche Leitung des Rettungsdienstes:

Verantwortliche Ansprechperson
Datenerfassung:

Personalisierte E-Mail-Adresse der Ansprechperson
zur Zusendung der Zugangsdaten zur Web-Eingabe:

Einwohnerdanzahl/Versorgungsbereich:

Standortadresse

Institution:

Straße:

(Bundes-)Land - PLZ - Ort:

Telefon:

Telefax:

E-Mail:

Homepage:

Rechnungsstellung

Handelsname der/des Rechnungsempfängenden:

Rechnungsadresse:

E-Mail für die Rechnungsstellung (Funktionsmail):

Bankverbindung (IBAN, BIC):

Umsatzsteuer-ID:

Leitweg-ID:

Gewünschte Erfassungsmethode

- direkte Web-Eingabe
- Export aus bestehender Datenbankstruktur

Weitere Option

- Veröffentlichung auf der Landkarte

Ort, Datum, Unterschrift