

**Installationsdatum:** .....

**Praxisdaten Name:** .....

**Adresse:** .....

**Praxisform** Einzelpraxis  BAG  PG  MVZ  Notfallpraxis  Klinik   
ein Standort  ortsübergreifend  Anzahl der Standorte .....

Anzahl der Ärzte:..... Ansprechpartner .....

Neuanwender  Umsteller  - von .....

Datenübernahme: ja  nein

**Software Betriebssystem (Server):**..... **Betriebssystem (Client)** .....

**Upãatestand Duria:** Vers..... **Amis-Datenbank:** Ver. ....

**Akt. Prüfmodul** KBV/DMP  DALE-UV

**inst. Module:** D2D  HBA-Signatur   
ComdoXX  CORDOBA   
zentrierte Versorgung

**Hardware Arbeitsplätze inkl. Server:**..... **IP-Kreis:**.....

**Anzahl Caché Lizenzen:**..... **Caché Version:** .....

Blankoformularbedruckung:  Kassenformulare  BG

**sonstige Module bzw. Anbindungen:** .....

**Datensicherungssystem:** .....

**DURIA Einwahldaten zur Fernwartung:** .....

(Unterschrift/Stempel Ú:ãã)

(Unterschrift/Stempel DSC)

**Bitte senden Sie uns das ausgefüllte Formular ausschließlich als eine mit Passwort geschützte, gepackte Datei zu. Das Passwort teilen Sie uns bitte auf separatem Weg mit!!**