

DSC:



DICOM-Lizenzangaben v1.1

Praxis

Name:

Straße:

PLZ: Ort:

Tel.: Fax:

Duria eG

+49 (0)2421 2707 0

+49 (0)2421 2707 122

info@duria.de

http:// www.duria.de

Mitgliedschaft in der Duria eG **Kauflizenz (ohne Duria-Mitgliedschaft)**
(Angaben zu Kassensitz/Privatpraxis können hier entfallen)

Kassensitz BSNR*:.....
* Betriebsstättennummer aus den Praxisdaten

Name des Arztes:

LANR:

.....
.....
.....

.....
.....
.....

Privatpraxis
Cachéordernummer:

Anzahl anzuschließender Geräte (Modalitäten):

Hersteller:

Modell:

.....
.....

.....
.....

Erweiterungen der Caché-Lizenzen um Prozesse erforderlich.
(Pro Gerät ist eine Lizenz erforderlich!)

.....
Ort/Datum

.....
Unterschrift Praxisinhaber/Praxisstempel