



Bitte ausdrucken und ausgefüllt per Fax an : 08054–9084975

Antrag auf kostenlose Mitgliedschaft,

durch das Absenden dieses Antrages wird die kostenlose und unverbindliche Mitgliedschaft in der MedResource beantragt.

Die Einkaufsgemeinschaft MedResource bündelt die wirtschaftlichen Interessen von medizinischen Einrichtungen, Zahnärzten und niedergelassenen Ärzten aller Fachrichtungen, sowie Personenkreisen im medizinischen Bereich beim Einkauf von:

- * Medizinischem Verbrauchsmaterial
- * Diagnostik- und Laborbedarf
- * Hygiene-, Reinigungs-, Desinfektionsbedarf
- * Reha- und Pflegebedarf
- * Medizinische Geräte
- * Privatärztlicher Abrechnungs-Service
- * Fortbildungsmaßnahmen
- * Praxiseinrichtungen
- * Berufsbekleidung
- * Bürobedarf
- * Büroausstattung
- * Webdesign

und weiteren kostenintensiven Bedarfsgütern.

Eine Registrierung ist für den genannten Personen- / Firmenkreis vollkommen kostenlos; es besteht keinerlei Verpflichtung zum Einkauf bei den Partnerfirmen.

Zur Aufnahme in die MedResource müssen alle Felder ausgefüllt sein:

Anrede : _____

Titel : _____

Vorname : _____

Name : _____

Adresse : _____

PLZ – Ort : _____

Tel : _____

Fax : _____

Email : _____

WICHTIG : Um Ihnen den Zugang zum Internetportal der MedResource zu ermöglichen benötigen wir Ihre Mailadresse. In Kürze erhalten Sie an diese Mailadresse einen Link und einen Zugangscode. Damit haben Sie Zugang zur Internetseite www.med-resource.de . Auf dieser werden unsere Firmenpartner und deren Sonderkonditionen vorgestellt.

ACHTUNG !!! Mit Unterschrift und Absenden des Faxes an die RMC MedConsult GmbH erklären Sie sich einverstanden, dass Ihre oben genannten Daten an unsere Vertragspartner weitergeleitet werden. Unsere Partner werden Ihnen zukünftig bei allen Einkäufen die Gruppenkonditionen gewähren und Ihnen Informationen zu Sonderaktionen zukommen lassen.

Ich möchte kostenlos und unverbindlich Mitglied des Einkaufsverbundes werden und versichere, dass meine oben gemachten Angaben stimmen und bin mit den genannten Bedingungen einverstanden.

Ort und Datum

Unterschrift und Praxisstempel