WINHO
Wissenschaftliches Institut der Niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte für Hämatologie und Medizinische Onkologie GmbH

Aktualisierung Ihrer WINHO-Subskriptionsdaten

Zur Aktualisierung unserer Subskriptionsdatenbank bitten wir Sie, die nachstehenden Angaben zu prüfen und gegebenenfalls zu korrigieren bzw. zu ergänzen. Diese Daten werden zur Abwicklung Ihrer WINHO-Subskription und zur Übermittlung damit einhergehender Informationen benötigt.

Für Ihre Rückmeldung bedanken wir uns bereits jetzt herzlich. Gerne können Sie uns das ausgefüllte Formular als Scan per E-Mail an info@winho.de senden oder unsere Faxnummer 0221 933191920 nutzen.

Bitte füllen Sie das Dokument möglichst leserlich und in Druckbuchstaben aus!

Für Rückfragen stehen wir Ihnen selbstverständlich gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen
Ihr WINHO-Team

Empfängerdaten für allgemeine Anfragen und Informationen zu WINHO-Services

Name der Praxis (Praxisbezeichnung)

Praxisform (z. B. Einzelpraxis, BAG, MVZ, Praxisgemeinschaft)

Postanschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)

Telefonnummer der Praxis

Faxnummer der Praxis

Allgemeine E-Mail-Adresse der Praxis

Ansprechperson Ihrer Praxis in buchhalterischen Belangen

Name, Vorname

Telefonnummer der Ansprechperson

E-Mail-Adresse der Ansprechperson

Aktualisierung Ihrer WINHO-Subskriptionsdaten

WINHO
Wissenschaftliches Institut der Niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte für Hämatologie und Medizinische Onkologie GmbH

Elektronischer Rechnungsversand

Bitte beachten Sie, dass Rechnungen und buchhalterisch relevante Unterlagen künftig ausschließlich elektronisch per E-Mail versendet werden. Bitte geben Sie hierfür die gewünschte E-Mail-Adresse an.

_____

E-Mail-Adresse für den Rechnungsversand

WINHO-Subskription

Die folgenden Angaben sind für die korrekte Abbildung des Leistungsaufkommens Ihrer Praxis von zentraler Bedeutung und können beispielsweise in Verhandlungssituationen mit Ihrer Kassenärztlichen Vereinigung (KV) relevant sein.

Bitte führen Sie alle Ärztinnen und Ärzte auf, die im Rahmen Ihrer WINHO-Subskription berücksichtigt werden sollen und

- einen Vertragsarztsitz innehaben und überwiegend in der hämatologisch-onkologischen Versorgung tätig sind oder
- als Fachärztinnen bzw. Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Hämatologie und Medizinische Onkologie oder aufgrund einer vergleichbaren Qualifikation tätig sind.

Titel	Name	Vorname	E-Mail	Telefon	KV-Sitze[1]		
					1	0,5	0
					◯	◯	◯
					◯	◯	◯
					◯	◯	◯
					◯	◯	◯
					◯	◯	◯
					◯	◯	◯
					◯	◯	◯
					◯	◯	◯
					◯	◯	◯
					◯	◯	◯
					◯	◯	◯

[1] **Anzahl der Vertragsarztsitze** (Fachärztin oder Facharzt für Innere Medizin mit Schwerpunkt Hämatologie und Medizinische Onkologie oder vergleichbare Qualifikation)

Informationen zum Datenschutz finden Sie auf unserer Homepage unter **www.winho.de.**

Bitte informieren Sie uns auch künftig zeitnah über Änderungen Ihrer Praxisdaten.

WINHO GmbH
Vor den Siebenburgen 2
50676 Köln

Telefon: 0221 93319190
Fax: 0221 933191920
E-Mail: info@winho.de

Hiermit bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit der gemachten Angaben.

_____ _____

Ort, Datum

Unterschrift einer ärztlichen Vertragspartei