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

Angaben zur Vorbereitung Ihrer WINHO-Subskription

Vielen Dank für Ihr Interesse an einer WINHO-Subskription. Für die Einrichtung Ihrer Subskription bitten wir Sie, die nachstehenden Angaben vollständig auszufüllen. Die erhobenen Daten werden zur Vorbereitung und Abwicklung Ihrer WINHO-Subskription sowie zur Übermittlung relevanter Informationen benötigt.

Bitte geben Sie alle KV-Sitze sowie die dazugehörigen Ärztinnen und Ärzte an, die dem WINHO gemeldet werden sollen. Auf Grundlage dieser Angaben wird unter anderem das für Ihre Einrichtung vorgesehene Leistungsspektrum festgelegt.

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

Angaben zur Vorbereitung Ihrer WINHO-Subskription

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**