

Anmeldeformular Vertreterbesuch

Sie möchten uns gerne besuchen. Als Voraussetzung für einen Termin bitten wir sie uns folgende Angaben zu faxen (**044 934 60 87**) oder via E-Mail (**rheuma.klinik-impuls@hin.ch**).

| | |
|--|-----------------------------------|
| Firma: | |
| Name: Fax-Nr: Tel-Nr: | Welches Fachgebiet vertreten sie? |
| Welche Produkte möchten sie vorstellen? | |
| Über welches Thema möchten sie mit uns sprechen? | |
| Unterschrift/Datum: | |

**Unsere Antwort
auf ihre Anfrage:**

| | | |
|-----------------------------|--|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Dr. Mietzsch <input type="checkbox"/> Dr. Widmer <input type="checkbox"/> Dr. Wyrsh | Termin: Termin: Termin: |
|-----------------------------|--|-------------------------------|

- NEIN, zurzeit besteht kein Interesse an ihrem Angebot.**
Sie dürfen sich gerne in 1 Jahr wieder anmelden.
- NEIN, grundsätzlich kein Interesse an Produkten ihrer Firma.**
Wir wünschen deshalb keine Vertreterbesuche von ihrer Firma.