



## Kontaktangaben / Coordonnées

Um Sie optimal mit Dienstleistungen bedienen zu können, benötigen wir Ihre aktuellen Kontaktangaben. /  
Afin de vous servir au mieux, nous avons besoin de vos coordonnées actuelles.

### Zuweisende(r) A(e)rzt(in) / Médecin référent(e)

Praxis /  
Cabinet

PLZ Ort /  
NPA Lieu

Titel /  
Titre

Email

Name /  
Nom

Praxis Tel. /  
Tél. cabinet

Vorname /  
Prénom

Direkte Nr.\* /  
Ligne directe\*

Strasse/  
Rue

Mobile\*

Adressänderung /  
Changement d'adresse

*\*Diese Informationen sind nur für die Kaderärzte des SZB bestimmt.  
\*Ces informations sont uniquement pour les médecins cadres du CHB.*

Emailänderung /  
Changement d'email

Ich bin neu /  
Je suis nouveau

Ab /  
Dès le

## Kaderärzteliste SZB / Liste des médecins cadres CHB

Ich bestelle x Kaderärzteliste(n) SZB (Print; laminert):

Je commande x liste(s) des médecins cadres CHB (papier laminé) :

A4 "Das SZB auf Ihrem Pult"

A4 "Le CHB sur votre bureau"

A5 "Das SZB unter Ihren Bildschirm"

A5 "Le CHB sous votre écran"

A6 "Das SZB in Ihrer Tasche"

A6 "Le CHB dans votre poche"

Schicken Sie mir die elektronische Version / Envoyez moi la version électronique

PDF "Das E-SZB"

PDF "Le E-CHB"

## Andere Themen, Bemerkungen? / Autres sujets, remarques ?

Wir sind für Sie da! Bitte melden Sie sich, falls Sie Bemerkungen, Wünsche, Bedürfnisse haben. /  
Nous sommes à votre écoute pour toutes remarques, souhaits, besoin. Contactez-nous sans hésiter !