Unterschrift und Praxisstempel:

PsoBest
Deutsches Psoriasis-Register

am Competenzzentrum Versorgungsforschung
in der Dermatologie - CVderm
Leiter: Prof. Dr. med. Matthias Augustin
Universitäts-Klinikum Hamburg-Eppendorf
Martinistr. 52, 20246 Hamburg
Tel. *49(0)40-7410-58109,
Fax (klinisch) -57227
Fax (personenbezogen) - 44487
E-Mail: info@psobest.de
www.psobest.de

Zertifiziert nach
DIN EN ISO 9001:2000
Zertifikat-Nr. 358279 QM

CVderm – Competenzzentrum
Versorgungsforschung in der Dermatologie

- ***Förderprojekt der DDG und des BVDD***
- ***PsoBest - Deutsches Psoriasis-Register***

Anmeldung für neue Prüfzentren

Bitte senden an:
PsoBest am CVderm
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Fax: 040-7410-57227 Email: info@psobest.de

Ja, ich möchte an PsoBest teilnehmen und benötige Vertragsunterlagen sowie Starter Set

__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__

Ggf. Klinik/Praxis/Institut/Abteilung o.ä.

__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__

Adresszusatz

__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__

Titel, Vorname, Name

__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__

Straße, Hausnummer

__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__

PLZ, Ort

__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__||__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__

Telefonnummer Faxnummer