



Anforderungsformular

Individuelles Abrechnungsangebot

Damit wir für Sie die optimalen Konditionen ermitteln können, benötigen wir folgende Angaben

Ihr Umsatz pro Monat:	ca.	_____ €
Verordnungen/Rezepte:		_____Ø Rezeptanzahl/Monat. oder _____ € Ø Rezeptwert
Wie hoch ist Ihr Anteil an Ersatzkassenrezepten?		_____ %
Sollen Privatrezepte inkl. Mahnwesen abgerechnet werden?		Ja: <input type="radio"/> Nein: <input type="radio"/>
Wenn ja, wie viel Privatrezepte fallen durchschnittlich monatlich an:		_____Ø Anzahl Privatrezepte oder _____ % Anteil/gesamt
Wie haben Sie bislang abgerechnet?		<input type="radio"/> selbst abgerechnet _____ Name des verwendeten Softwareprogramms <input type="radio"/> Anderes Abrechnungszentrum _____ Name des Abrechnungszentrums

Ich wünsche eine Auszahlung nach

..... Arbeitstagen

Alternativangebot Auszahlung nach

..... Arbeitstagen

**Sie können bei ARNI jederzeit
Ihre Verordnungen einreichen!**

Das Angebot soll gesendet werden an:	Name:
Art der Praxis:	Telefon:
Anschrift:	Bundesland:
E-Mail:	Fax:

➤ Faxen Sie diese Serviceanfrage einfach an folgende **Faxnummer: 0511- 3079427**
oder 0511-3079439◀