An alle SkaSys-Anwender

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir werden von Patientenseite immer häufiger gebeten, Therapeuten zu nennen, die in der jeweiligen Umgebung mit dem SkaSys-Testsystem arbeiten. Weder die SkaSys Produktionsgesellschaft mbH noch unsere Vertriebspartner sind jedoch ohne ausdrückliche Zustimmung der einzelnen SkaSys-Anwender berechtigt, solche Auskünfte zu erteilen.

Da wir davon ausgehen, dass eine Weitergabe der Praxisanschrift und ein Link auf eine ggf. bereits bestehende Praxis-Website auch im Interesse der meisten SkaSys-Anwender ist, haben wir uns entschlossen, auf der Website **www.skasys.de** eine öffentlich zugängliche Therapeutenliste für den deutschsprachigen Raum bereit zu stellen.

Die Bereitstellung der Informationen auf der Website **www.skasys.de** ist ein Service der SkaSys Produktionsgellschaft mbH und für Sie **kostenlos**!

Wenn auch Sie mit Ihrer Praxis auf dieser Liste vertreten sein möchten, dann bitten wir Sie uns Ihr Einverständnis kurz zu bestätigen. Tragen Sie dazu bitte unten Ihre vollständige Praxisanschrift und optional in **max. 120 Zeichen (!)** Ihren Praxisschwerpunkt ein und faxen Sie das unterzeichnete Formular einfach an uns zurück.

Mit freundlichen Grüßen

Ihr SkaSys-Team

---

bitte per FAX an: +49 (0)961 – 631 94 78

Meine SkaSys-Seriennummer: |S|K|A|_|_|_|_|_|

Name: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Strasse, HsNr.: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| |_|_|_|

Land, PLZ, Ort: |_|_| |_|_|_|_|_| |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Telefon: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

E-Mail: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Internet: |w|w|w|.|_|_|_|_| _|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Mein Praxisschwerpunkt: ____

____

☐ **Ja, ich bin damit einverstanden, dass obige Angaben auf der Website www.skasys.de veröffentlicht und auf Anfrage auch an interessierte Patienten weiter gegeben werden.**

Ort, Datum

Unterschrift