

Rauchfrei-in-Berlin.de

Fax-Nr.: 030 30 10 30 21

Name _____ Vorname _____ Geb. _____

Ich möchte einfach, stressfrei und zügig rauchfrei werden. Daher bitte ich um nähere Informationen. Bitte sprechen Sie mich zu folgenden Themen an:

- Kursinhalte der einzelnen Anbieter
- Wo ist der nächstgelegene Kurs?
- Wann startet der nächste Kurs?

Bitte nehmen Sie mit mir wie folgt Kontakt auf:

- Festnetz-Nr.: _____
- Mobil/Handy: _____
- E-Mail-Adresse: _____
- Arbeitsstelle/andere Nr. _____

beste telefonische Erreichbarkeit

- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mo | Di | Mi | Do | Fr |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 9-12 Uhr | 12-15 Uhr | | | |

Praxisstempel und Unterschrift

Einwilligung zur Kontaktaufnahme durch
Unterschrift des Patienten/Interessenten