

AANVRAAG TOEGANG TOT

Extranet Mediq Tefa

AANVRAGER

Naam _____ Voorletters _____ M V
Adres _____ Geboortedatum _____
PC en Plaats _____ Functie _____
Telefoon _____ AGB-code (zorgverlener) _____
E-mail _____ BIG-nr _____

TOEGANG TOT

- Voeding Verneveling Slaaponderzoek
 Infuustherapie Tracheazorg
 P(OSAS) Monitoring

Geeft u hier aan in welke productgroep(en) u aanvraag machtigingen wilt doen. Kruist u alleen aan waarvoor u ook gemachtigd bent.

INLOGGEGEVENS

Gewenste gebruikersnaam _____
Gewenst wachtwoord (minimaal 6 karakters) _____

ZIEKENHUIS / INSTELLING

Ziekenhuis / instelling _____ Telefoon _____
Afdeling _____
Adres * _____ AGB-code (ziekenhuis/instelling) _____
PC en Plaats _____

Geen postbus maar bezoekadres invullen s.v.p.

OPMERKINGEN

- Ik zou graag een korte instructie krijgen over het gebruik van Extranet. Een rayonmanager kan contact met mij opnemen via het ingevulde telefoonnummer / e-mailadres.

Handtekening _____

Datum _____

INZENDEN FORMULIER**per post**

Mediq Tefa
o.v.v. Extranet
Antwoordnummer 4730
3500 SJ Utrecht

per fax

030 282 12 14

per e-mail

extranet@mediqtefa.nl