

# Ja, ich möchte am DALE-UV-Verfahren teilnehmen



IK	Anmeldung ab
----	--------------

## Ihre persönlichen Daten

Name	Vorname
Straße / Hausnummer / Postfach	
Postleitzahl	Ort
Telefon	Telefax

## Ansprechpartner

Name	
Telefon	E-Mail

## Arztpraxissoftware/Abrechnungssoftware

In meiner Praxis/meinem Krankenhaus wird folgende Software eingesetzt:

Produktname
Hersteller
Provider

Datum	Unterschrift
-------	--------------



**An**

**Deutsche Gesetzliche  
Unfallversicherung (DGUV)  
DALE-UV**

**Alte Heerstr. 111 53757  
Sankt Augustin**