

OPERATEURINNEN & OPERATEURE

PERSONENDATEN

Titel (DM, Dr., PD Dr., Prof.)

Name

Vorname

Fachgebiet (Chirurgie, Gynäkologie, Gefäßchirurgie, HNO, Orthopädie/Unfallchirurgie, Plastische Chirurgie, Urologie, sonstiges)

INFORMATIONEN ZUR KLINIK

Bezeichnung der Praxis

Straße, Hausnummer

PLZ

Ort

Telefonnummer

E-Mail-Adresse

IHRE ANFRAGE

Benötigte OP-Kapazität pro Tag

2h 4h 6h

sonstige: _____

Geplante OP-Tage

1 Tag/Monat 1 Tag 14-tägig 1 Tag/Woche mehrere Tage/Woche

Wunschwochentag – nur wenn verfügbar

Mo Di Mi Do Fr

Benötigte Leistungen

OP-Personal Verbrauchsmaterial Instrumentenreinigung & Sterilisation

Ihre Nachricht an uns
