

# OPTAGELSESBEGÆRING

med henblik på medlemskab af foreningen dinTANDLÆGE fmba

## - FORTROLIGE OPLYSNINGER -

KLINIK	
KLINIKNAVN:	
ADRESSE:	
POSTNR. OG BY:	
TELEFON:	
FAX:	
E-MAIL:	
WEBSITE:	
SELSKABSFORM, KLINIK:	<input type="checkbox"/> Personligt <input type="checkbox"/> Interessentskab <input type="checkbox"/> ApS <input type="checkbox"/> Aktieselskab
KLINIKKENS CVR-NR. (ALLE):	
KLINIKEJERE	
<b>1. KLINIKEJERS NAVN:</b>	
FØDT DEN:	
PRIVATTELEFON:	Mobil:
PRIVAT E-MAIL:	
<b>2. KLINIKEJERS NAVN:</b>	
FØDT DEN:	
PRIVATTELEFON:	Mobil:
PRIVAT E-MAIL:	
<b>3. KLINIKEJERS NAVN:</b>	
FØDT DEN:	
PRIVATTELEFON:	Mobil:
PRIVAT E-MAIL:	
<b>4. KLINIKEJERS NAVN:</b>	
FØDT DEN:	
PRIVATTELEFON:	Mobil:
PRIVAT E-MAIL:	

# OPTAGELSESBEGÆRING

med henblik på medlemskab af foreningen dinTANDLÆGE fmba

## - FORTROLIGE OPLYSNINGER -

KLINIKEJERE FORSAT...					
5. KLINIKEJERS NAVN:					
FØDT DEN:					
PRIVATTELEFON:		Mobil:			
PRIVAT E-MAIL:					
6. KLINIKEJERS NAVN:					
FØDT DEN:					
PRIVATTELEFON:		Mobil:			
PRIVAT E-MAIL:					
SYGESIKRINGSSTATISTIK VEDLÆGGES I KOPI FOR SAMTLIGE YDERNUMRE PÅ KLINIKKEN					
KONTROLSTATISTIK, ÅR/TOTAL	Antal ydelser:		Antal patienter:		Snit praksis:
PATIENTYDELSER, AFVIGELSE %	Reg:	Land:	Reg:	Land:	
ANTAL ANSATTE INKL. KLINIKEJERE					
TANDLÆGER	TANDPLEJERE	KLINIKASS.	TANDTEKNIKERE	ØVRIGE ANSATTE	I ALT
				=	
KLINIKKENS KURSUSAKTIVITETER DE SENESTE 2 ÅR					
1. KURSUS, HVILKET					
2. KURSUS, HVILKET					
3. KURSUS, HVILKE?					
4. KURSUS, HVILKET					
5. KURSUS, HVILKE?					
6. KURSUS, HVILKE?					
7. KURSUS, HVILKE?					
8. KURSUS, HVILKE?					
9. KURSUS, HVILKE?					
10. KURSUS, HVILKE?					
EVT. BEMÆRKNINGER:	Vedlæg gerne kopi af kursusregistrering fra TDLNET				

# OPTAGELSESBEGÆRING

med henblik på medlemskab af foreningen dinTANDLÆGE fmba

## - FORTROLIGE OPLYSNINGER -

NØGLETAL SENESTE ÅR	OMSÆTNING, I ALT	INDKØB, MATERIALER	INDKØB, TANDTEKNIK
KLINIKOMSÆTNING/INDKØB			

### ANDRE FORHOLD

OPTAGELSE SØGES PR.:	Klinikken søger optagelse i foreningen fra den:
JOURNALSYSTEM:	<input type="checkbox"/> Aldente <input type="checkbox"/> DentalSuite
RØNTGENSYSTEM:	Anfør fabrikat:
KENDER MEDLEM AF DINTANDLÆGE	<input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> JA, Hvem?
MEDLEM AF INDKØBSFORENING:	<input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> JA, hvilken?
ER DER PÅ ADRESSEN KLINIKERE, DER <b>IKKE</b> HAR SØGT OM OPTAGELSE?	<input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> JA, navn(e)?
KLINIKBESKRIVELSE, VEDLAGT:	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ - Hvis NEJ, årsag? <i>Beskriv klinikken på særskilt ark. Bl.a. indretning, mål, vision og kompetence samt hvad klinikken evt. særligt kan bidrage med til foreningens udvikling.</i>

### EVT. BEMÆRKNINGER, GENERELLE:

Ovenstående oplysninger er afgivet i overensstemmelse med de faktiske forhold og jeg (vi) erklærer mig (os) indforstået med at overholde love og vedtægter i dinTANDLÆGE.

..... den .....

.....  
*Underskrift klinikejer*

.....  
*Underskrift klinikejer*

.....  
*Underskrift klinikejer*

.....  
*Underskrift klinikejer*

.....  
*Underskrift klinikejer*

.....  
*Underskrift klinikejer*

#### Bilag, der bedes vedlagt:

1. Sygesikringsstatistik
2. Klinikbeskrivelse