



Bekreftelse på overtakelse av kundeforhold

Dato:	
Det bekreftes at jeg	
Navn:	
Fødselsdato:	
Kundenummer:	
overdrar min legepraksis	
Navn på legepraksis:	
Med organisasjonsnummer:	
Besøksadresse:	
Postadresse:	
Fra og med dato:	
til	
Navn:	
Fødselsdato:	
Navn på praksis:	
Med organisasjonsnummer:	

Dette inkluderer data- og journalsystemer med kontraktsfestede rettigheter, lisenser og forpliktelser til:

CGM Vision

CGM Journal

med antall lisenser tilsvarende eksisterende kontrakt.

Faktureres via: epost med epostadresse:

EHF

Dato og signatur:

Dato og signatur: