

# REGISTRIERUNG

REGISTRATION  
REGISTRO  
РЕГИСТРАЦИЯ



Bitte in Blockbuchstaben auszufüllen!  
Por favor completar en bloque caracteres!

Please complete in block characters!  
Пожалуйста, заполните печатными символами!

<b>PATIENT - PATIENT - PACIENTE - ПАЦИЕНТ</b>	
FAMILIENNAME - SURNAME NOMBRE DELLA FAMILIA - ФАМИЛИЯ	
VORNAME - FIRST NAME PRIMER NOMBRE - ИМЯ	
GEBURTSDATUM - DATE OF BIRTH FECHA DE NACIMIENTO - ДАТА РОЖДЕНИЯ	
STRASSE & # - ROAD & # CAMINO & # - ДОРОГА & #	
POSTLEITZAHL / ORT - ZIP / CITY CÓDIGO POSTAL / LUGAR ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС / ГОРОД	
TELEFON# - PHONE# TELÉFONO# - PHONE#	
E-MAIL	

<b>ARZT - PHYSICIAN - MÉDICO - ДОКТОР</b>	
FAMILIENNAME - SURNAME NOMBRE DELLA FAMILIA - ФАМИЛИЯ	
VORNAME - FIRST NAME PRIMER NOMBRE - ИМЯ	
FACHRICHTUNG - SUBJECT AREA ARÁ TEMÁTICA предметная область	
STRASSE & # - ROAD & # CAMINO & # - ДОРОГА & #	
POSTLEITZAHL / ORT - ZIP / CITY CÓDIGO POSTAL / LUGAR ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС / ГОРОД	
TELEFON# - PHONE# TELÉFONO# - PHONE#	
E-MAIL	

Wir ersuchen um Registrierung und Bekanntgabe einer ID. | We ask for registration and disclosure of any ID.  
Pedimos el registro y divulgación de cualquier identificación. | Мы просим о регистрации и раскрытия любого ID.

\_\_\_\_\_  
Datum/Date/Dato/ Датум

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/Signature/Firma/ подпись