

Formular ZA:LIVE

ZA Zahnärztliche Abrechnungsgesellschaft AG

Werftstraße 21
40549 Düsseldorf

fax 0211 56 93 – 295

mail za-live@zaag.de

Praxisanschrift

ZA:LIVE ID:

Ja, ich möchte ZA:LIVE nutzen.

- Ich benötige bitte Hilfe bei der Registrierung und/oder Einrichtung von ZA:LIVE.
- Bitte senden Sie mir neue Zugangsdaten zu.

- Ja, ich verzichte zukünftig auf die Zusendung der wöchentlichen Abrechnungsliste und der monatlichen OP-Liste.

Datum, Unterschrift der Praxis

Bearbeitungsvermerk ZA AG

Datum

Zeichen