

Kontaktformular
DAVID X RIS

DATA VITAL GmbH & Co. KG
Maria Trost 25

56070 Koblenz

Faxnummer: 0261/ 80 00 14 20

Wir/Ich plane(n) die Einführung eines RIS in unserer/meiner Radiologie.

- Anzahl Arbeitsplätze : _____
- Anzahl Befundungsplätze: _____
- Anzahl Modalitäten: _____
- PACS vorhanden
- Krankenhausanbindung

Wir/Ich plane(n) den Wechsel unseres/meines RIS in unserer/meiner Radiologie.

- Vorhandenes System: _____
- Anzahl Arbeitsplätze : _____
- Anzahl Befundungsplätze: _____
- Anzahl Modalitäten: _____
- PACS vorhanden
- Krankenhausanbindung

Bitte nehmen Sie Kontakt mit uns/mir auf.

Name: _____
Straße: _____
Ort: _____
Telefon-Nr.: _____
e-Mail: _____

Praxisstempel

Datum, Unterschrift