

eazf Consult GmbH
Fallstraße 34
81369 München

Praxisstempel/-anschrift:

Per Fax: 089 230211-488

Informationen unverbindlich und kostenfrei anfordern

Ich bin Zahnarzt/-ärztin Assistent/-in Angestellte/-r Zahnarzt/-ärztin

Ich habe Interesse an den **Praxisberatungen, Praxistrainings und Serviceleistungen der eazf** und bitte um Informationen bzw. unverbindliche Kontaktaufnahme zu folgenden Angeboten:

- Erfolgreiche Prophylaxe – Individuelle PZR-Schulung für Ihr Team in Ihrer Praxis
- Notfallsituationen in der zahnärztlichen Praxis – Individuelles Teamtraining in Ihrer Praxis
- Premium Abrechnung Bayern – Professionelle Abrechnung für Ihre Praxis
- Qualitätsmanagement, Arbeitssicherheit und Hygiene (inkl. QM-Handbuch)
- Datenschutz-Check, Externer Datenschutzbeauftragter für Ihre Praxis
- PrimeDent – Entwicklung einer Praxismarke, Praxismarketing
- TV-Wartezimmer – Multimediale Patientenkommunikation in Ihrem Wartezimmer

Ich bitte um Kontaktaufnahme für eine **kostenfreie individuelle Erstberatung** zu rechtlichen, steuerlichen und betriebswirtschaftlichen Fragen oder zur Praxisbewertung:

- Praxisübergabe/-aufgabe Praxisübernahme/-gründung Allgemeine Praxisberatung

Ich habe Interesse an **Versicherungen im Rahmen von Gruppenversicherungsverträgen für Zahnärzte**. Bitte informieren Sie mich unverbindlich über folgende Angebote (bitte ankreuzen):

- Versicherungspaket für Praxisgründer**
- Berufshaftpflichtversicherung
- Praxisausfallversicherung**
- Praxisinventar-/Elektronikversicherung
- Zahnarzt-Rechtsschutz-Paket
- Berufsunfähigkeitsversicherung**
- Pflegezusatzversicherung
- Betriebliche Altersversorgung
- Wohngebäude-/Hausratversicherung
- Private Haftpflichtversicherung
- Kfz-Versicherung
- Unfallversicherung
- Lebens- und Rentenversicherungen**
- Cyber-Versicherung

Ich bitte um eine **unverbindliche und kostenlose Beratung zur Krankenversicherung** für niedergelassene und angestellte Zahnärzte:

- Ich bin bereits privat versichert und wünsche eine Beratung zu meinem bestehenden Vertrag.
Vertragsnummer: _____ Versicherungsunternehmen: _____
- Ich bitte um Kontaktaufnahme für eine private Kranken(zusatz)versicherung.
- Ich bitte um eine **kostenfreie Versicherungsanalyse**: Bitte prüfen Sie die Konditionen zu den beiliegenden Versicherungen und informieren Sie mich unverbindlich über Einsparmöglichkeiten. Versicherungsscheine und Policen habe ich beigelegt.
- Ich bitte um Zusendung des **Versicherungsleitfadens mit wichtigen Hinweisen zum Versicherungsschutz** für Praxisgründer, niedergelassene und angestellte Zahnärzte.

Servicepartner für Zahnärzte:

