

MUSTER DER LAGERDRUCKSORTEN

ÄRZTE FÜR ALLGEMEINMEDIZIN UND FACHÄRZTE



ÄrzteZentrale
Drucksortenverlag

*Ihre Druckerei
in der City*

HONORARNOTEN • KASSABESTÄTIGUNGSBÜCHER • KARTEIKARTEN
BRIEFPAPIERE • WAHLARZTREZEPTE • ÜBERWEISUNGEN • VISITENKARTEN
STEMPELN • TAFELN • und vieles mehr ...

ecard



**Wir bitten Sie
die ecard bei
jedem Arztbesuch
mitzubringen.**

ÄrzteZentrale P51

ecard



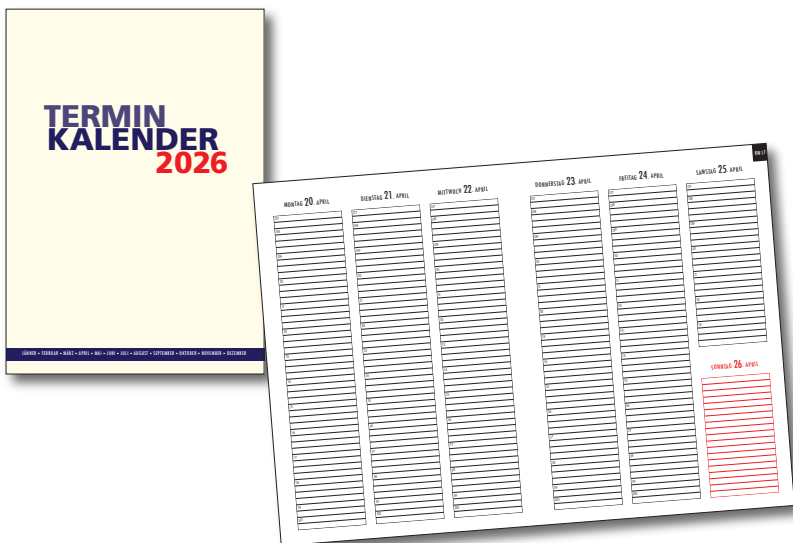
**Bei Nichtbeibringung
der ecard ist ein**

Einsatz von € _____ zu leisten.

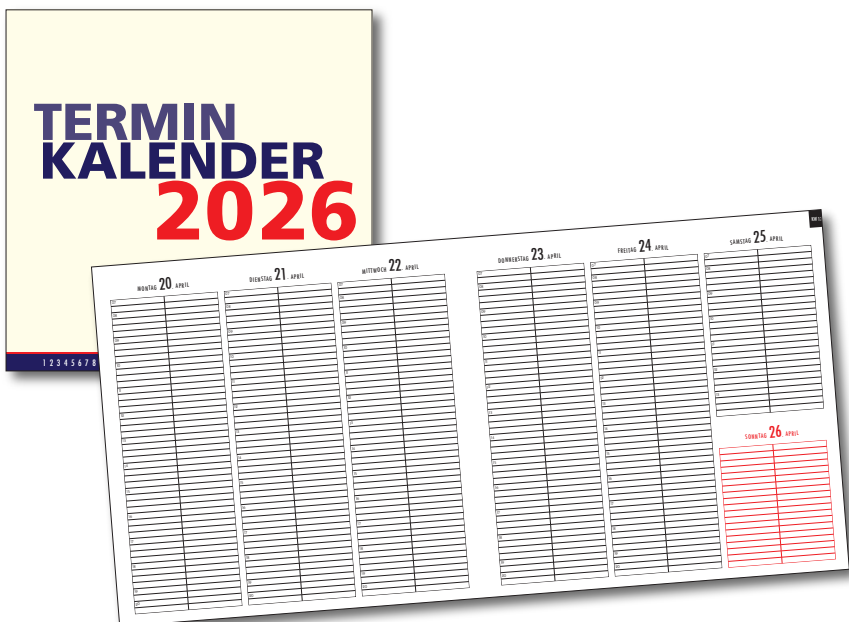
ÄrzteZentrale 52f

Terminkalender, spiralgebunden, in 15 min. Einteilung

A4 (21,0 x 29,7 cm)



Quadratisch (30,0 x 30,0 cm)



Sehr geehrte Patientin!
Sehr geehrter Patient!

Sollten Sie einen **Behandlungstermin nicht einhalten können**, wird höflichst ersucht, dies **rechtzeitig vorher bekanntzugeben**.

Wir sehen uns sonst gezwungen, den **versäumten Termin in Rechnung zu stellen**.

Wir bitten um Verständnis
Ihr Praxisteam

ÄrzteZentrale P56

AUFKLEBER Ø 10 cm oder 20 cm



URLAUB

Von bis

Vertretungen übernehmen alle anderen anwesenden Vertragsärzte/ärztinnen

Ordination

Adresse Tel.

Von bis

Ordination

Adresse Tel.

Von bis

Bitte, teilen Sie der/dem aufgesuchten Vertreterin/Vertreter mit,
dass Sie meine/mein Patientin/Patient sind.

FORMAT 335 x 240 mm
KARTON gelb

Herrn
 Frau

.....

zu übermitteln.

Hochachtungsvoll

VS
.....
RS

[illegible]

Herrn
 Frau

.....

zu übermitteln.

Hochachtungsvoll

PAPIER

VS
.....
RS

[illegible]

Herrn
 Frau

.....

zu übermitteln.

Hochachtungsvoll

VS
RS

[illegible]

HONORARNOTE NR.

für Herrn
Frau

Ich erlaube mir, Ihnen für meine Leistungen in der Zeit

vom bis

meine Honorarnote im Betrage von €

zu überreichen.

Diagnose:

Hochachtungsvoll

HONORARNOTE

für Herrn
 Frau

Ich erlaube mir, Ihnen für meine Leistungen in der Zeit

vom bis

meine Honorarnote im Betrage von

zu überreichen.

Diagnose:

Hochachtungsvoll

FORMAT A4
GEFALZT AUF A5

Name:

Anschrift:

Telefon:

Geburtsdatum:

Beruf:
(oder Beruf des Mannes)

Empfohlen durch:

ÄrzteZentrale 8

Name:

Anschrift:

Telefon:

Geburtsdaten:

Name der Krankenkasse:
Privat:

Beruf:
(oder Beruf des Versicherten)

Empfohlen durch:

ÄrzteZentrale 9

.....

Bitte um Röntgenaufnahme von:

bei:

Diagnose:

ÄrzteZentrale 10

Frau

Adresse:

befindet sich in der Schwangerschaftswoche.

Voraussichtlicher Geburtstermin:

Voraussichtlicher letzter Arbeitstag:

.....
Ort/ Datum

.....
Stempel/ Unterschrift

ÄrzteZentrale 11

Bestätigung über den Empfang von €

Euro

als Honorar für ärztliche Behandlung

bei Herrn/Frau

Adresse:

am

ÄrzteZentrale 2 (dasselbe in Buchform ÄrzteZentrale 36)

An das
Labor

Bitte bei

um

.....

IMPF-BESCHEINIGUNG

Name:

Adresse:

Geburtsdatum:

Impfung gegen

.....

.....

.....

ÄrzteZentrale 15

Arztstempel/Unterschrift

FORMAT A6

Sehr geehrte Frau Kollegin!

Sehr geehrter Herr Kollege!

Bei

habe ich folgenden Befund erhoben:

Diagnose:

Therapievorschlag:

Besten Dank für die Zuweisung
mit kollegialem Gruß

Sehr geehrte Frau Kollegin!

Sehr geehrter Herr Kollege!

Bei

habe ich folgenden Befund erhoben:

Besten Dank für die Zuweisung
mit kollegialem Gruß

Sehr geehrte Frau Kollegin!
Sehr geehrter Herr Kollege!

Bei

habe ich folgenden Befund erhoben:

Therapievorschlag:

Besten Dank für die Zuweisung
mit kollegialem Gruß

.....

An

Ich bitte höflich um Aufnahme, Therapie, Befundbericht, fachärztliche Untersuchung

Herr Stand Krk.-Kasse
Frau
Kind

wohnhaft Staatsbürgerschaft

geb. am ist bei mir seit in ärztlicher Behandlung.

Diagnose

Anmerkungen:

.....

Herr
Frau

wohnhaft

geb. am ist bei mir seit in ärztlicher Behandlung.

Voraussichtliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit

Diagnose:

.....
Herr
Frau

wohnhaft:

geb. am ist bei mir seit
in ärztlicher Behandlung.

Voraussichtliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit

Diagnose:

ÄrzteZentrale 19a

FORMAT A6

An die Firma:

Herr / Frau

Adresse

Geb.-Datum war von

bis arbeitsunfähig.

Diagnose

.....
Ort / Datum

.....
Stempel / Unterschrift

ÄrzteZentrale 71

Elektrokardiogramm-Befund

von Herrn
Frau

FORMAT A4
GEFALZT AUF A5

.....

.....

.....

Hiermit gestatte ich mir, meine Honorarnote
vom per höflichst in
Erinnerung zu bringen und ersuche um postwendende Überweisung.

Hochachtungsvoll

.....

.....

.....

Da Sie meine Mahnung vom
unberücksichtigt ließen, muss ich Sie hiermit neuerlich dringendst bitten, mir
den Betrag meiner Honorarnote vom

per

bis zum einzusenden.

Ich hoffe, dass Sie mir durch strikte Einhaltung des angeführten
Termins weitere Maßnahmen ersparen und zeichne

hochachtungsvoll

.....
An die Leitung

Der (Die) Schüler(in)
(Name)

.....
(Anschrift)

steht (stand) in meiner Behandlung und ist (war) von 20

voraussichtlich bis einschließlich 20verhindert,
am Unterricht/Leibesübungen teilzunehmen.

ÄrzteZentrale 22

.....
(Unterschrift des Arztes)

.....
Sehr geehrte Frau Kollegin!
Sehr geehrter Herr Kollege!

Ich erlaube mir mitzuteilen, dass ich in der Zeit
von bis
auf Urlaub bin. Nächste Ordination am
Es vertritt mich
.....

Mit kollegialem Gruß

Sehr geehrte Frau Kollegin!
Sehr geehrter Herr Kollege!

Ich erlaube mir mitzuteilen, dass ich in der Zeit
von bis
auf Urlaub bin. Nächste Ordination am
.....

Mit kollegialem Gruß

ÄrzteZentrale 23a

An die Firma:

Herr
Frau

Adresse

suchte heute meine Ordination in der Zeit

von bis auf.

.....
Ort / Datum

.....
Unterschrift / Stempel

ÄrzteZentrale 24

Name:

Tag	Datum	Stunde

Bitte diesen Schein bei jedem Besuch mitzubringen. Falls von einer der vorgemerkten Stunden nicht Gebrauch gemacht werden kann, wird höflichst ersucht, dies mindestens 24 Stunden vorher bekannt zu geben, da sonst die versäumte, vorgemerkte Zeit in Rechnung gestellt werden müsste.

ÄrzteZentrale 25

Herrn
Frau

Sie werden höflichst ersucht, zwecks Fortsetzung, Kontrolluntersuchung bzw.
Beendigung der Behandlung am
zu kommen.

Hochachtungsvoll

Honorarnote

.... Besuchsgebühr		
.... Sonn-, Feiertags-, Nachtzuschlag		
....		
....		
.... Injektion		
.... Medikamente		
.... Weggebühr		
Summe		
plus % MWSt.		
Gesamthonorar inkl. % MWSt.		

ÄrzteZentrale 27

Herr
 Frau

wurde darauf aufmerksam gemacht, dass die von der Kassa bewilligte Leistung medizinisch vollkommen ausreichend ist.

Auf eigenen Wunsch wurden folgende Sonderleistungen

.....

erbracht.

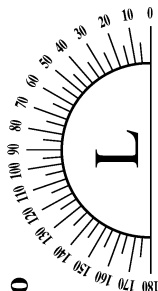
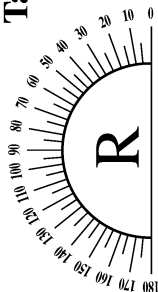
Unterschrift:

Datum:

Rp.

FORMATE:
8,5 x 15 cm
10 x 17 cm
10 x 21 cm

Tabo



Name:

Ferne: } O. D.
 } O. S.
 Pup.-Dist.: mm

Nähe: } O. D.
 } O. S.
 Pup.-Dist.: mm

Anmerkung:

Datum:

Prot. Nr.

Bitte das Rezept jedesmal mitzubringen!

KARTON WEISS

BESTELLKARTE

für

Tag	Datum	Stunde

Bitte diese Karte j e d e s m a l mitzubringen.
Bei Nichteinhaltung der Stunden, wird höflichst ersucht,
dies mindestens 24 Stunden vorher bekanntzugeben.

ÄrzteZentrale 34

VS RS

Tag	Datum	Stunde

KARTON ORANGE

BESTELLKARTE

für

Tag	Datum	Stunde

Bitte diese Karte j e d e s m a l mitzubringen.
Bei Nichteinhaltung der Stunden, wird höflichst ersucht,
dies mindestens 24 Stunden vorher bekanntzugeben,
da die Zeit verrechnet werden müsste.

ÄrzteZentrale 35

VS RS

Tag	Datum	Stunde

BITTE VORMERKEN

MO DI MI DO FR SA

den _____ um _____ Uhr

MO DI MI DO FR SA

den _____ um _____ Uhr

MO DI MI DO FR SA

den _____ um _____ Uhr

Falls Sie verhindert sind, bitte um **rechtzeitige Absage**.

Stempel:

FORMAT 10 x 10 cm
PAPIER 80g gelb

ÄrzteZentrale 35a

Nr. **Bestätigung** über den Empfang € _____

Betrag
in Worten

erhalten von Herrn/Frau

Adresse:

für Ordination

für Visiten

für Sonderleistungen

Diagnose

am

HONORARNOTE

für Herrn
Frau

Ich erlaube mir, Ihnen für

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

meine Honorarnote im Betrage von €

zu überreichen.

Diagnose:

Hochachtungsvoll

An

....., den

Verletzungsanzeige / Ärztliche Bestätigung

Vor- und Zuname: Geburtsdaten:

Wohnort:

Zeitpunkt der erstmaligen Untersuchung:

Unfallsort:

Beschreibung der Verletzung:
(Art derselben, Ausdehnung, Form, Lage und Alter der Verletzung)

Voraussichtlicher Grad der Verletzung:

Fremdverschulden: ja — nein

Weiterbehandlung nötig: ja — nein — ambulatorisch — häuslich

Dem Krankenhaus überwiesen am:

Spezialuntersuchung veranlasst: Röntgen — Facharzt

Voraussichtliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit:

ÄrzteZentrale 44

.....
Unterschrift des Arztes

.....
Herrn
Frau

.....
Hiermit erlaube ich mir, meine Honorarnote für ärztliche Behandlung

.....
.....
im Betrag von =====

zu übermitteln.

Diagnose:

Hochachtungsvoll

ÄrzteZentrale 41a

Bei der heutigen Schuluntersuchung Ihres Kindes wurde

.....
.....
festgestellt.

FORMAT A6

Zu empfehlen ist:

.....
.....
ÄrzteZentrale 45

An:

Herr
Frau

wohnhaft:

geb. am:

Ansuchen um:

Diagnose:

Elektrokardiogramm-Befund

von Herrn
Frau

FORMAT A4
GEFALZT AUF A5

Sehr geehrte Frau Kollegin!
Sehr geehrter Herr Kollege!

Bei

habe ich folgenden Befund erhoben:

Therapievorschlag:

Besten Dank für die Zuweisung
mit kollegialem Gruß

Sehr geehrte Frau Kollegin!
Sehr geehrter Herr Kollege!

Bei

habe ich folgenden Befund erhoben:

Anamnese:

Status:

Diagnose:

Therapievorschlag:

Besten Dank für die Zuweisung
mit kollegialem Gruß

.....

Sehr geehrte Frau Kollegin!
Sehr geehrter Herr Kollege!

Bei

habe ich folgenden Befund erhoben:

Besten Dank für die Zuweisung
mit kollegialem Gruß



Ich erlaube mir, Ihnen für Leistungen in der Zeit

von bis

meine Honorarnote im Betrage von Euro

zu überreichen.

Hochachtungsvoll

INFEKTIONSFREIHEITSSCHEIN

Der (Die):

wohnhaft in geb. am:

ist frei von Zeichen irgendwelcher Infektionskrankheit und Ungeziefer. Auch in der Umgebung kein Vorkommen von ansteckenden Krankheiten.

Datum:

ÄrzteZentrale 60

Sie haben heute meine ärztliche Hilfe ohne e-Card in Anspruch genommen. Bitte denken Sie daran, dass Sie die e-Card binnen 14 Tagen nachbringen müssen, wenn Sie nicht als Privatpatient gelten wollen.

Einsatz

ÄrzteZentrale 65

Herr
Frau
Adresse

Sie haben heute meine ärztliche Hilfe ohne Überweisung in Anspruch genommen. Bitte denken Sie daran, dass Sie die Überweisung binnen 14 Tagen nachbringen müssen, wenn Sie nicht als Privatpatient gelten wollen.

Einsatz

.....
Datum und Unterschrift
der Patientin / des Patienten

Sehr geehrte Frau Kollegin!
Sehr geehrter Herr Kollege!

Ich bitte höflichst um fachärztliche Untersuchung, Befundbericht, Therapie
bei meinem(r) Patienten(in)
wohnhaft
geb. am ist bei mir seit
in ärztlicher Behandlung wegen folgender Beschwerden:
.....
.....
Meine bisherige Behandlung:
.....
.....

Mit kollegialem Gruß

.....
An die Leitung

Der (Die) Schüler(in)
(Name)

.....
(Anschrift)

stand wegen

von bis in meiner Behandlung.

Bitte das Fernbleiben vom Unterricht zu entschuldigen.

Es wird empfohlen, den (die) Schüler(in)

für die Dauer vom bis

vom Turnunterricht zu befreien.

.....
(Unterschrift des Arztes)

ÄrzteZentrale 74

An die Firma:

Herr
Frau

Adresse

steht seit

voraussichtliche Dauer

in meiner Behandlung und ist pflegebedürftig.

Pflegeperson

.....
Ort/Datum

.....
Unterschrift/Stempel

ÄrzteZentrale 75

1. SEITE
FORMAT A4
GEFALZT AUF A5

HONORARNOTE

.....

für Herrn
 Frau

.....

Ich erlaube mir, Ihnen für meine Leistungen in der Zeit

vom..... bis

meine Honorarnote im Betrage von _____

zu überreichen.

Medikamente: _____

Gesamtsumme _____

Diagnose:

Hochachtungsvoll

ÄZ 72a / 2. SEITE

An

Es wird bestätigt, dass

Herr / Frau

ab einschließlich
 pflegebedürftig erkrankt ist.

.....
 Datum

.....
 Unterschrift, Stampiglie

ÄrzteZentrale 76 (Entwurf: NÖ-Ärztokammer)

Anweisung zur Einnahme verordneter Medikamente

Name _____

Medikament	Wochentag	morgens		mittags		abends		nachts
		vor	nach	vor	nach	vor	nach	
			dem Essen		dem Essen		dem Essen	

Ich bitte, diese Anweisung stets zur Sprechstunde mitzubringen!

ÄrzteZentrale 77

PRIVAT		ÖGK	☐ A ☐ B BVAEB-EB ☐ BVAEB-OEB		☐ SVS-GW ☐ SVS-LW	1 Erwerbstätig Arbeitslos Selbstvers.	5 Pensions(in)	7 Kriegshinter- bliebene(r)	9
Überweisung		Bitte den Namen des Kostenträgers einsetzen!							
Einweisung		Bitte zutreffendes Feld bezeichnen!							
Verordnung		Bitte zutreffendes Feld bezeichnen!							
Beiblatt Quartal ./..									
Bitte zutreffendes Feld bezeichnen!									
Familienname(n)		Vorname(n)		Versicherungsnummer		Überweisung an / Einweisung in: Diagnose / Begründung: Erbeten wird / Verordnung:			
Patient(in)		Tag Monat Jahr							
Anschrift									
Versicherte(r) (Nur auszufüllen, wenn Patient(in) Angehörige(r) ist)		Tag Monat Jahr							
Beschäftigt bei (Dienstgeber, Dienstort)									
Vom behandelnden / befundenden Arzt auszufüllen!									
Diagnose:		Arztstempel bei Rezeptgebührenbefreiung							
		Datum, Unterschrift und Stempel des überweisenden Arztes							
Beginn der Behandlung bzw. Befundung		Stempel und Unterschrift des Arztes							
		Datum, Unterschrift und Stempel des Chefarztes							

ÖGK _____

PRIVATREZEPT

Mitglieds-Nr. _____

☐ A ☐ B BVAEB-EB

☐ BVAEB-OEB

☐ SVS-GW

☐ SVS-LW

☐

1
Erwerbstätig
Arbeitslos
Selbstversichert

5
Pensionist(in)

7
Kriegshinter-
bliebenen(r)

Aussteller/in - bitte zutreffendes Feld ankreuzen!

Familienname _____

Vorname _____

Versicherungsnummer _____

Patient/in

Tag Mon. Jahr

Anschrift _____

Versicherte/r

(nur auszufüllen, wenn Patient/in ein/e Angehöriger ist)

Tag Mon. Jahr

Beschäftigt bei (Dienstgeber/in, Dienstort) _____

Taxe

Gültig: 1 Monat ab Verordnung

Datum:

Rp.

Rezeptgebühr

Anzahl _____

Stempel der Apotheke/Hausapotheke

Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes

Arztstempel bei Rezeptgebührenbefreiung

WAHLARZT		ÖGK	☐ A ☐ B BVAEB-EB BVAEB-OEB	☐ SVS-GW ☐ SVS-LW ☐ ☐	1 Erwerbstätig Arbeitslos Selbstvers. 5 Pensionist(in) 7 Kriegshinter- bliebene(r) 9	
Beiblatt Quartal		Bitte zutreffendes Feld bezeichnen!				
Überweisung	Einweisung					
Verordnung						
Bitte zutreffendes Feld bezeichnen!						
Familienname(n)		Vorname(n)		Versicherungsnummer		
Patient(in)		Tag Monat Jahr				
Anschrift						
Versicherte(r) (Nur auszufüllen, wenn Patient(in) Angehörige(r) ist)		Tag Monat Jahr				
Beschäftigt bei (Dienstgeber, Dienstort)						
Vom behandelnden / befundenden Arzt auszufüllen!						
Diagnose:		Arztstempel bei Rezeptgebührenbefreiung				
		Datum, Unterschrift und Stempel des überweisenden Arztes				
Beginn der Behandlung bzw. Befundung		Stempel und Unterschrift des Arztes				
		Datum, Unterschrift und Stempel des Chefarztes				

ÖGK _____

WAHLARZT

Mitglieds-Nr. _____

☐ A ☐ B BVAEB-EB

☐ BVAEB-OEB

☐ SVS-GW

☐ SVS-LW

☐ _____

1
Erwerbstätig
Arbeitslos
Selbstversichert

5
Pensionist(in)

7
Kriegshinter-
bliebene(r)

Aussteller/in - bitte zutreffendes Feld ankreuzen!

Familienname

Vorname

Versicherungsnummer

Patient/in

Tag Mon. Jahr

Anschrift

Versicherte/r

(nur auszufüllen, wenn Patient/in ein/e Angehöriger ist)

Tag Mon. Jahr

Beschäftigt bei (Dienstgeber/in, Dienort)

Taxe

Gültig: 1 Monat ab Verordnung

Datum:

Rp.

Rezeptgebühr

Anzahl _____

Stempel der Apotheke/Hausapotheke

Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes

Arztstempel bei Rezeptgebührenbefreiung

Für Herrn/Frau:

Adresse:

Ich erlaube mir, Ihnen für die ärztliche Leistung meine Honorarnote zu überreichen:

Anzahl	Leistungen	Betrag
.....	Ordination, am	
.....	Ordination mit eingehender Untersuchung, am	
.....	Ordination mit eingeschränktem Leistungsumfang, am	
.....	Krankenbesuch, am	
.....	Doppelkilometer, am	
.....	Sonderleistungen und Sonstiges, am	
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		
SUMME:		€

Diagnose:
.....
.....

Hochachtungsvoll

Saldierungsvermerk:

.....
Datum, Unterschrift und Arztstempel

Vom Versicherten auszufüllen!

Familienname

Vorname

Versicherungsnummer

Patient:

Tag			Monat		Jahr				

Anschrift:

Versicherer:

Nur auszufüllen, wenn Patient ein Angehöriger ist

Tag			Monat		Jahr				

Beschäftigt bei (Dienstgeber, Dienstort)

An die

.....

.....

.....

(Ort, Datum)

.....

(Versicherungsnummer angeben)

Antrag auf Kostenrückerstattung

Als Versicherter Ihrer Anstalt reiche ich umseitige Privathonorarnote zur Kostenerstattung ein und beantrage die Überweisung des mir gebührenden Betrages auf mein

Konto IBAN
(Geldinstitut)

Weiters beantrage ich die detaillierte Aufschlüsselung des mir zu gewährenden Kostenersatzes.

Für den Fall des nicht vollständigen Ersatzes der von mir nachgewiesenen Auslagen, der Nichterfüllung an die von mir bezeichneten Zahlstelle oder der ablehnenden Behandlung meines Leistungsansuchen stelle ich gemäß § 367 Abs. 1 Z. 2 ASVG den

Antrag

auf formelle und bescheidmäßige Ausfertigung nach den Bestimmungen des Allgemeinen Verwaltungsverfahrensgesetzes 1950 mit entsprechender schriftlicher Begründung.

Hochachtungsvoll

.....

(Unterschrift des Versicherten)

KURZBRIEF

Mit der Bitte um:

- | | |
|--|--|
| ☐ Kenntnisnahme | ☐ Rücksendung |
| ☐ Erledigung | ☐ Angebot |
| ☐ Genehmigung | ☐ Anruf/Rücksprache |
| ☐ Stellungnahme | ☐ Entscheidung |
| ☐ Unterschrift | ☐ Weiterleitung an: |
| ☐ Behandlung wie besprochen | ☐ |

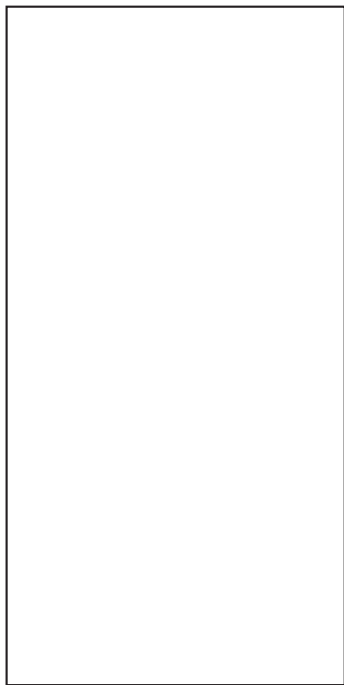
Mit freundlichen Grüßen

Telefax / Kurzbrief

Datum: _____

An: _____

Betrifft: _____



Name:

Adresse:

Tel.:

Beruf:

Geb.-Datum:

Krk.:

VS
FORMAT 21 x 13 cm

ÄZ 102 – RS
FORMAT 21 x 13 cm

Name:

Adresse:

Tel.:

Beruf:

Geb.-Datum:

Krk.:

ÄZ 103 - VS

ÄZ 103 - RS

**ÄZ 113 – VS
KARTON**

**ÄZ 113 – RS
KARTON**

Name:

Adresse:

Beruf:

Geb.-Datum:

Stand:

Krk.:

**ÄZ 114 – VS
KARTON
FORMAT A4**

**ÄZ 114 – RS
KARTON
FORMAT A4**

**ÄZ 119 – RS
KARTON
FORMAT 40 x 21 cm
2 x GEFALZT
1. FALZ = 12,5 cm
2. FALZ = 28,1 cm
ENDFORMAT
21 x 15,6 cm**

ÄrzteZentrale 101

VS
RS



Wie gut es Ihnen wirklich geht, erfahren Sie
bei der **Gesundenuntersuchung** **Zeit.**
Nehmen Sie sich die

Liebe Patientin, lieber Patient!

Es ist wieder an der Zeit, an Ihre
Gesundenuntersuchung zu denken.

Ihre Gesundheit ist mir ein wichtiges
Anliegen. Schauen wir doch gemeinsam,
wie es darum steht.

Bei der Gesundenuntersuchung.
Ich würde mich freuen, Sie bald
zu sehen!

Mit besten Grüßen

FORMAT A6
2seitig - FÄRBIG



PS: Rufen Sie in der Praxis an!

SPEZIALDRUCKE für KONGRESSE - TAGUNGEN - SYMPOSIEN

**Beratung | Gestaltung
rascheste Durchführung**

**Plakate
Einladungen | Folder
Programme | Abstraktbände
Anmeldeformulare | Handouts
Namenskärtchen (Badges) mit Aufdruck & Lanyards
Teilnahmebestätigungen | Kassabücher
Hinweistafeln | Vorsitzendenschilder
Urkunden | Bons**



**Medizinische Ausstellungs- und Werbegesellschaft
Maria Rodler & Co Ges.m.b.H.**

Freyung 6, 1010 Wien

**T (01) 536 63-73 | F (01) 535 60 16
E maw@media.co.at | www.maw.co.at**

Organisation von Ausstellungen und Kongressen

Virtuelle Formate • Posterbau



ÄrzteZentrale

für Ferngesprächsübermittlung Dr. Wilfried Rodler e.U.

Inh.: Dr. Adelheid Kreiner-Rodler

Postadresse: A-1011 Wien, Postfach 155

**Wien 1., Helferstorferstraße 2 / Freyung 6
(im Schottenhof)**

www.aerztezentrale.co.at

DRUCKSORTEN

T (01) 531 16-25

F (01) 533 13 93

E verkauf@aerztezentrale.co.at

Gute Parkmöglichkeiten:

Kurzparkzone oder Freyung-Garage

Bitte geben Sie in Ihrem Interesse
– zwecks Portoersparnis –
größere Bestellungen auf.

Öffnungszeiten:

Montag – Donnerstag von 8.00 – 18.00 Uhr

Freitag von 8.00 – 17.00 Uhr

durchgehend geöffnet

Samstag geschlossen

Geänderte Sommeröffnungszeiten

Juli/August

ADRESSENVERLAG

T (01) 531 16-17

F (01) 532 12 82

E versand@aerztezentrale.co.at

Versand – Kopien – Vervielfältigungen –
Schnelldrucke

kurzfristig – schnell – preisgünstig

TELEFONZENTRALE

T (01) 531 16

F (01) 531 16-66

E service@aerztezentrale.co.at

ÄrzteZentrale Telefonzentrale (01) 531 16

*Ihr Telefonservice
österreichweit
12 Stunden am Tag*

