

## **Bedarfsermittlung kostenfreie Masken des BMG**

**Haltbarkeit: 6 Monate**

**Praxis/Ansprechpartner\*in**

**Mitglied LD**

**JA**

**NEIN**

**IK-Nummer**

**Straße**

**Ort**

**E-Mail**

**Rufnummer auch außerhalb der Praxiszeiten**

<b>Anzahl Therapeut*innen in der Praxis (einschl. Praxisinhaber*in)</b>	
<b>Anzahl FFP-2 Masken INSGESAMT (<u>maximal</u> 240 je Therapeut*in)</b>	
<b>Anzahl MNS- Masken INSGESAMT (<u>maximal</u> 300 je Therapeut*in)</b>	

**Ich erkläre mich ausdrücklich mit der Übernahme des Versands durch die Firma Buchner einverstanden.**

Ort, Datum, Unterschrift

Rücksendung bis spätestens zum 03.12.2021 15 Uhr an [info@logo-deutschland.de](mailto:info@logo-deutschland.de)