

ANZEIGENAUFTRAG

Bitte ausfüllen und per Fax an +49 (0)7731/838-19 oder Mail an info@privatlinik-portal.de

PREISE KLINIKEN

Für einzelne Kliniken:

- Premiueintrag: **129,- €** im Monat
 ► Beim erstmaligen Abschluss: **1290,- €** im ersten Jahr

Danach vierteljährig kündbar!

Für Klinikverbünde:

- Bei drei Premiueinträgen: **107,- €** pro Klinik für das erste Jahr
 Bei 5 (oder mehr) Kliniken: **98,- €** pro Klinik für das erste Jahr

Allgemeine Angebote:

- Klinik des Monats **598,- €**
 Gastbeitrag auf der Startseite **500,- €** für 2 Monate
 (danach Archivierung unter „Beiträge“)

PREISE VERSICHERUNGEN

- Premiueintrag: **197,- €** im Monat
 ► Beim erstmaligen Abschluss: **1450,- €** im ersten Jahr

Danach vierteljährig kündbar!

Allgemeine Angebote:

- Werbebanner **145,- €** im Monat
 Positionierung auf der Startseite **213,- €** im Monat

Alle Preise verstehen sich zzgl. der zur Rechnungsstellung gültigen MwSt.

Name der Klinik

Zusatz Name

Träger der Klinik

Ansprechpartner

Straße, Hausnummer

Telefon (Ansprechpartner + Allgemeine)

Fax

E-Mail (Ansprechpartner + Allgemeine)

Homepage

Datum, Unterschrift

FACHBEREICHE

(bitte ankreuzen und Bettenanzahl eintragen)

Bettenanzahl:

- | | |
|---|-------|
| <input type="checkbox"/> Allgemeinmedizin | _____ |
| <input type="checkbox"/> Augenheilkunde | _____ |
| <input type="checkbox"/> Chirurgie | _____ |
| <input type="checkbox"/> Frauenheilkunde und Geburtshilfe | _____ |
| <input type="checkbox"/> Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde | _____ |
| <input type="checkbox"/> Haut- und Geschlechtskrankheiten | _____ |
| <input type="checkbox"/> Herzchirurgie | _____ |
| <input type="checkbox"/> Innere Medizin | _____ |
| <input type="checkbox"/> Rheumatologie | _____ |
| <input type="checkbox"/> Geriatrie | _____ |
| <input type="checkbox"/> Kinderchirurgie | _____ |
| <input type="checkbox"/> Kinderheilkunde | _____ |
| <input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendpsychiatrie
und -psychotherapie | _____ |
| <input type="checkbox"/> Mund- Kiefer- und Gesichtschirurgie | _____ |
| <input type="checkbox"/> Neurochirurgie | _____ |
| <input type="checkbox"/> Neurologie | _____ |
| <input type="checkbox"/> Nuklearmedizin | _____ |
| <input type="checkbox"/> Orthopädie | _____ |
| <input type="checkbox"/> Rheumatologie | _____ |
| <input type="checkbox"/> Plastische Chirurgie | _____ |
| <input type="checkbox"/> Psychiatrie und Psychotherapie | _____ |
| <input type="checkbox"/> Psychotherapeutische Medizin | _____ |
| <input type="checkbox"/> Strahlentherapie | _____ |
| <input type="checkbox"/> Urologie | _____ |
| <input type="checkbox"/> Tages- und Nachtambulanzplätze | _____ |

Anzahl der Betten insgesamt: _____

ÄRZTE (OPTIONAL)

Bitte senden Sie uns zum Anzeigenauftrag Daten für Ihre zu präsentierenden Ärzte:

Bild, Name, Fachbereich(e), Assistenzarzt?, Medizinischer Leiter?, Patienten Verantwortlicher?

Alle Angaben sind optional und können beliebig erweitert werden

DATEN

Bitte senden Sie uns zum Anzeigenauftrag eine **Präsentation der Klinik** (digitaler Text + 5 Bilder) und die **Daten für Ihre Ärzte** (optional) an im@unterwegs.de