

Wenn Sie Netzwerkpartner der Deutschen Assistance werden möchten, füllen Sie das Formular bitte aus und senden Sie es möglichst online an unser Netzwerkmanagement. Wenn Sie Fragen haben, stehen die Kollegen der Fachbereiche Ihnen gerne unter folgenden Kontaktdaten zur Verfügung:

Netzwerk Medizin

Fabian Werner

Telefon +49 211 536-3190

Telefax +49 211 536-3196

E-Mail medicalnetwork@deutsche-assistance.de**Netzwerk Kfz und Immobilien**

Christian Buchner

Telefon +49 211 536-3304

Telefax +49 211 536-3195

E-Mail koop_kraftfahrt@deutsche-assistance.de
koop_immobilien@deutsche-assistance.de

Anfrage für eine Kooperation im Bereich (bitte ankreuzen)

 Medizin Kfz Immobilien**DATEN ZUM UNTERNEHMEN**Unternehmensname Ansprechpartner Straße Hausnummer PLZ Ort Telefon / Telefax / E-Mail Website Niederlassungen Ja, in (Region und Anzahl eintragen) Nein**LEISTUNGSSPEKTRUM**

Bitte beschreiben Sie Ihr Leistungsspektrum:

MITARBEITERAnzahl kaufmännischer Mitarbeiter Anzahl Fachpersonal Qualifikation Fachpersonal Anmerkung zum Personal **GESCHÄFTSZEITEN/ERREICHBARKEIT**Montags bis freitags von bis UhrSamstags von bis Uhr Sonntags/feiertags von bis UhrAnmerkung zur Erreichbarkeit

EINSATZGEBIET

Einsatzgebiet PLZ von bis Radius km
Anmerkung zum Einsatzgebiet

QUALITÄTSSTANDARDS

Welche Qualitätsstandards haben Sie sich gesetzt?

Welche Leistungsgarantien geben Sie?

Sind Sie Mitglied in einem Verband oder einer Fachinstitution?

Verfügen Sie über Zertifizierungen?

Bis zu welcher Summe haftet Ihre Betriebshaftpflichtversicherung? Euro

Bei welchem Versicherungsunternehmen wurde diese abgeschlossen?

ZUSAMMENARBEIT

Akzeptieren Sie unsere Kostenübernahmeerklärungen
und sind Sie bereit, direkt mit uns abzurechnen? Ja Nein

Ist die Hinterlegung einer Notdienstnummer möglich? Ja, Telefon / Nein

UNTERLAGEN

Bitte fügen Sie folgende Unterlagen in digitaler Form bzw. in Kopie bei:

- Handelsregisterauszug bzw. Gewerbeschein
- Preisliste
- Zertifikate und ggf. Zeugnisse
- Bescheinigung über Betriebshaftpflichtversicherung

Mit der Zusendung dieses Formulars erklären Sie sich damit einverstanden, dass Ihre Angaben zur Abwicklung des Vorganges genutzt und elektronisch gespeichert werden.

Ort Datum

Unterschrift/Firmenstempel

(Bitte senden Sie uns das Formular, nachdem Sie es uns digital geschickt haben,
auch noch einmal per Post unterschrieben und gestempelt zu.)