

[illegible]

Ich versichere, dass die von mir in dieser Teilnahmeerklärung gemachten Angaben zutreffend sind. Mir ist bewusst, dass diese Teilnahmeerklärung und die von mir hier gemachten Angaben Grundlage für meine Teilnahme- und Abrechnungsbefugnis im Rahmen von neuroKey-MS sind.

Unterschrift behandelnder Arzt

Datum (TT.MM.JJJJ)

Stempel

Unterschrift gesetzlicher Vertreter

Nachname

Vorname

LANR