



Betreuungswechselerklärung

Zwischen

und Service und Vertriebspartner

Praxis: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

**LCE Medical IT GmbH**

Zwickauer Str. 16b  
09112 Chemnitz  
info@lce-chemnitz.de  
www.lce-chemnitz.de

Wir/ich erkläre(n) und bestätigen, dass wir aus freiem Wunsch die Firma LCE medical IT GmbH als Betreuer unserer Praxis mit folgenden Produkten und Diensten beauftragen.

- Praxissystem CGM Turbomed KdNr.: \_\_\_\_\_
- Telematik CGM TI Konnektor KdNr.: \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ KdNr.: \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ KdNr.: \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ KdNr.: \_\_\_\_\_

Folgende Gründe gibt es für die Entscheidung:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

ohne Gründe

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/Praxisstempel

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Praxisbetreuer