

## Rückmeldebogen

Fax: 04421 89-2484

### Einweiserdaten

Name des Arztes:

PLZ/Ort:

Tel.-Nr.:

E-Mail-Adresse:

**Ihr Anliegen/ Ihre Beschwerde/ Ihr Problem:**

*Lösungsvorschlag:*

### **Ansprechpartner im Zentrum für Tumorbiologie und Integrative Medizin (ZTI)**

Dr. Tanja Trarbach (Geschäftsführende Direktorin)

**Tel.-Nr. : 04421 89-2486**

Datum und

Unterschrift: \_\_\_\_\_