

Mittwoch 15.00-18.00 Uhr
 Donnerstag 08.30-10.30 Uhr

BESTELLFORMULAR MEDIKAMENTE

(bitte um Zusendung/Einwurf bis spätestens Dienstag Abend vor Abholung)

Abholung am:	<input type="checkbox"/> Mittwoch (15.00-18.00 Uhr) <input type="checkbox"/> Donnerstag (08.30-10.30 Uhr)
Vor- & Zuname:	
Geburtsdatum:	
Sozialversicherungs-Nr.:	
Telefonnummer:	

Medikamentenname	Dosierung	Anzahl der Packungen^o	Hinweise (z.B. bestimmter Hersteller, etc)*	^o Anzahl durch Krankenkasse limitiert *Bitte beachten Sie, dass der Handelsname Ihres Medikaments je nach Verfügbarkeit vom gewohnten Medikamentennamen abweichen kann, sofern kein bestimmter Hersteller angeführt wurde. Der Wirkstoff in der abgegebenen Packung entspricht Ihrem gewohnten Medikament!

Unterschrift: