

Bestellung

Fax: 0611 450 32 20

Hiermit bestellen wir gemäß Verordnung:

Artikel	PZN	Menge (VE)

– Hier Kopie der Verordnung beifügen. –

Apotheke:

Adresse/Stempel:

Ansprechperson:

Verordnung durch:

Mir ist bekannt, dass Tränenwegsverschlüsse der Abgabebeschränkung nach Medizinprodukteabgabeverordnung § 3 unterliegen.

Deshalb soll das verordnete Medizinprodukt direkt an den verordnenden Arzt gesandt werden. Dieser ist über die Lieferung informiert.

Datum:

Unterschrift:

- Transportkosten: 8,50 €, ab 500,00 € Netto-Bestellwert frei Haus.