

Bestellformular Medikamente

Patientenname: _____

Geburtsdatum: _____

Telefonnummer: _____

Medikament	Anzahl Pkg.

Bitte beachten Sie dass es Abgabemengenbeschränkungen bei Medikamenten gibt und wir daher nicht mehr als 2 Packungen und in einzelnen Fällen nur 1 Packung abgeben dürfen.

Geben Sie und bitte 2 Tage zur Vorbereitung. Wir melden uns wenn die Medikamente abholbereit sind.