

# Bestellfax 0800 184 53 91

Hiermit bestellen wir folgende Impfstoffe:

Impfstoff	PZN verbindlich für Bestellung	Packungs- Größe	Bestellmenge in Packungen	Sprechstundenbedarf*	Priv. Praxisbedarf**	Patientenrezept***	Name
_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	_____
_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	_____
_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	_____
_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	_____
_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	_____
_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	_____
_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	_____

\* Sprechstundenbedarf (SSB): Bitte Rezept zeitnah senden      \*\* Privater Praxisbedarf (PB): Kauf auf Rechnung  
 \*\*\* **Patientenrezept**: Bitte Patientennamen und Geburtsdatum angeben, wenn bekannt

■ **Für unseren Lieferservice:** Bitte nennen Sie uns Ihre Urlaubszeit \_\_\_\_\_  
 und geänderte Öffnungszeiten: \_\_\_\_\_

■ **Fordern Sie kostenfrei an:**  Bestellblock     Außendienstbesuch     Rezeptumschläge  
 Beschaffungsauftrag Impfstoffe

Praxisanschrift (bitte gut lesbar ausfüllen)

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

Kundennr., falls bekannt: \_\_\_\_\_

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Stempel + Unterschrift des Arztes