

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