

Bestellfax 0800 184 53 91

Hiermit bestellen wir folgende Impfstoffe:

Impfstoff	PZN <small>verbindlich für Bestellung</small>	Packungs- größe	Bestellmenge <small>in Packungen</small>	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

■ **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 Ärztin/Arzt

Fax 0800 184 53 91



Management System
ISO 9001:2015



www.tuv.com
ID 900025065