

FAX 0800 184 53 91

Impfstoffbedarf

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): Lieferung/Abrechnung mit ärztlicher Verordnung ** Privater Praxisbedarf (PB): Kauf auf Rechnung
*** **Patientenrezept**: Bitte Patientenname und Geburtsdatum angeben, Lieferung/Abrechnung mit ärztl. Verordnung

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

■ **Fordern Sie kostenfrei an:** ☐ Bestellblock ☐ Rezeptumschläge

Praxisanschrift (bitte gut lesbar ausfüllen)

Kundennr., falls bekannt: _____

Ort, Datum: _____

Stempel + Unterschrift Ärztin/Arzt

Fax 0800 184 53 91

BergApotheke | Inhaberin Katrin Bredohl e.Kfr.
Gildestraße 75 | 49479 Ibbenbüren | Tel. 0800 184 53 90 | www.berg-apotheke.de

