

# BESTELL-SYSTEM Arztpraxis THATE

REZEPT

FOLGE-ÜBERWEISUNG

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtstag: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

MEDIKAMENTE	DOSIERUNG

FACHGEBIET	GRUND

Ich hole das Rezept / die Überweisung ab.

Ich wünsche, dass Sie das Rezept zur LINDEN-APOTHEKE im Haus bringen.

Bestellungen sind am Nachmittag des Folgetages fertig.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**DIESES QUARTAL SCHON CHIPKARTE EINGELESEN?**