

BESTELL-SYSTEM 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.

Ihre Bestellungen sind nach 2 Werktagen abholbereit!

Datum

DIESES QUARTAL SCHON CHIPKARTE EINGELESEN?