

BESTELLZETTEL

Praxis
DR. BRÜCKNER



Name _____

Geburtstag _____

Telefon _____

Datum _____

Folge-Rezept

| MEDIKAMENT | DOSIERUNG |
|------------|-----------|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

Folge-Überweisung

| FACHGEBIET | GRUND |
|------------|-------|
| | |
| | |
| | |

Ich hole das Rezept / die Überweisung ab

Ich wünsche, dass Sie das Rezept in die örtliche Apotheke bringen

IHRE BESTELLUNGEN SIND NACH 2 WERKTAGEN ABHOLBEREIT

DIESES QUARTAL SCHON CHIPKARTE EINGELESEN?

BESTELLZETTEL

Praxis
DR. BRÜCKNER



Name _____

Geburtstag _____

Telefon _____

Datum _____

Folge-Rezept

| MEDIKAMENT | DOSIERUNG |
|------------|-----------|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

Folge-Überweisung

| FACHGEBIET | GRUND |
|------------|-------|
| | |
| | |
| | |

Ich hole das Rezept / die Überweisung ab

Ich wünsche, dass Sie das Rezept in die örtliche Apotheke bringen

IHRE BESTELLUNGEN SIND NACH 2 WERKTAGEN ABHOLBEREIT

DIESES QUARTAL SCHON CHIPKARTE EINGELESEN?

