

Apotheke	Lieferadresse (falls abweichend)	Ansprechpartner

Sehr geehrte Damen und Herren,

bitte senden Sie mir folgendes Arzneimittel zu.

Menge	Beschreibung	Preis
	RETARPEN TRSTAMP 2,4 MEGA 1 ST.	7,00€ +MwSt.

Hiermit bestätigen wir die Vorlage einer gültigen Verschreibung zum Bezug eines Arzneimittels nach §73.3. Ferner bestätigen wir, dass wir der Dokumentationspflicht nach §73.3 nachgekommen sind.

Diese Bestellung ist nur mit einer Unterschrift gültig.

Fax. 0221/79077502

Unterschrift und Stempel