

## **Fax – Reservierungsformular** **0221 96437791**

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

Straße, Hausnr. \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Telefon, Fax \_\_\_\_\_

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

Menge	Packungsgröße	Arzneimittel, Artikelbezeichnung	Darreichung	PZN

es liegt ein Privatrezept vor

es liegt ein Kassenrezept vor

Krankenkasse \_\_\_\_\_

Kopie des Rezeptes beigelegt

### **Öffnungszeiten**

Montag – Freitag 08:30 – 13:30

Montag, Dienstag, Donnerstag, Freitag 15:00 – 18:30

Samstag 09:00 – 13:00

Bitte beachten Sie unsere Abholzeiten