

Fax-Formular für Medikamenten - Bestellung

An: Apotheke am Inn, Inh. Judith Angstwurm e.K.
Max-Schwaier-Straße 8, 84559 Kraiburg am Inn
Tel 0 86 38 – 71 96 85

Fax-Nr. 0 86 38 – 71 96 86

Genauen Text des Rezeptes oder Name der Arzneimittel:

Bei verschreibungspflichtigen Medikamenten bringen Sie bitte das Originalrezept zur Abholung mit und geben hier Ihre Krankenkassen-Nummer an:

Name der Krankenkasse:

Krankenkassen-Nr.:

Wie möchten Sie die Artikel bekommen?

Ich werde die Artikel selbst abholen/abholen lassen, und zwar zu folgendem Zeitpunkt:

 Tag (z.B.: Montag, 03.05.2002)

 Uhrzeit (z.B.: ca. 16.30 Uhr)

Ich kann meine Artikel nicht abholen – bitte rufen Sie mich an.

Möchten Sie benachrichtigt werden, wenn die Artikel vorliegen?

- Ja
 Nein

Zusätzliche Bemerkungen:

Persönliche Daten

Bitte nennen Sie uns Ihre Daten, damit wir Sie bei eventuellen Verzögerungen informieren können:

Name _____ Vorname _____

Straße, Hausnr. _____ PLZ, Ort _____

Telefon priv. _____ Telefon geschäftl. _____

Telefax _____ E-Mail _____