

BESTELLSCHEIN FÜR MEDIKAMENTE

Ordination Dr. Adele Schmidt

Per mail an : praxis@drschiidt-adele.at oder
BRIEFKASTEN VOR DER TÜR oder
Freiwilliges Lieferservice „Nickelsdorf hilft“

NAME: _____

VERSICHERUNGSNUMMER: _____

ADRESSE UND TELEFONNUMMER:

FOLGENDE MEDIKAMENTE WERDEN BENÖTIGT:

Datum:

Unterschrift:

!!! ABHOLUNG AM NÄCHSTEN WERKTAG !!!