

# Bestellfax **0800 / 184 53 91**

Hiermit bestellen wir folgende Impfstoffe:

Impfstoff	PZN <small>verbindlich für Bestellung</small>	Packungs- Größe	Bestellmenge <small>in Packungen</small>	Sprechstundenbedarf	priv. Praxisbedarf	Patientenrezept*	Name*
				<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	

**\*) Wichtig bei Patientenrezepten:** Bitte vermerken Sie hinter dem bestellten Impfstoff den Patientennamen (wenn bereits bekannt)

**■ Für unseren Lieferservice:** Bitte nennen Sie uns Ihre Urlaubszeit \_\_\_\_\_  
und geänderte Öffnungszeiten: \_\_\_\_\_

**■ Fordern Sie kostenfrei an:**  Bestellblock  Außendienstbesuch  Freiumschläge

Praxisanschrift (bitte gut lesbar ausfüllen)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Kundennr., falls bekannt: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift + Stempel des Arztes