

Abgabepreis:	Vorbestellung Medikamente / Rezepte (Dauermedikamente, bekannte Bedarfsmedikamente)
--------------	---

Name, Geburtsdatum, (ev. Telefonnummer)	Datum
---	-------

Medikament und Wirkstärke	Anzahl Pkg. (max.Monatsbedarf)	M = Medikament R = Rezept für Apotheke
----------------------------------	--	---

--

Rückseite beschreibbar !

Ausgabe Mo, Di, Mi, Fr: 7.00 - 11.00, Do: 7.00 bis 10.00, Di, Fr: 15.30 bis 18.00
(bei Lieferverzögerung oder Nichtlieferbarkeit bieten wir Ersatzprodukte an)