

BESTELLFORMULAR POMALIDOMID

Bestellung per Email oder Fax an:

Pharma Logistik Austria GmbH

Jasminstraße 2, 4600 Wels

E-Mail: office@pharma-logistik.at

Tel.: +43 7242 490 – 10

Fax: +43 7242 490 – 15

APOTHEKE

Name ApothekerIn

Name Apotheke

Adresse, PLZ, Ort

Tel./E-Mail

BESTELLUNG

Bestellung unter Einhaltung aller behördlichen Vorschriften und Sicherheitsvorkehrungen.

PRODUKTBEZEICHNUNG	PACKUNGSGRÖSSE	PZN	ARTIKELNUMMER	BESTELLMENGE
Pomalidomid Zentiva 1 mg Hartkapseln	14	5541568	50135721	
Pomalidomid Zentiva 1 mg Hartkapseln	21	5541574	50135722	
Pomalidomid Zentiva 2 mg Hartkapseln	14	5541605	50135723	
Pomalidomid Zentiva 2 mg Hartkapseln	21	5541611	50135724	
Pomalidomid Zentiva 3 mg Hartkapseln	14	5551640	50135725	
Pomalidomid Zentiva 3 mg Hartkapseln	21	5541657	50135726	
Pomalidomid Zentiva 4 mg Hartkapseln	14	5541692	50135727	
Pomalidomid Zentiva 4 mg Hartkapseln	21	5541700	50135728	

VERORDNER

Name Ordination / Krankenhaus / Zentrum

Name Arzt / Ärztin / AbteilungsleiterIn

Adresse, PLZ, Ort

Tel./Fax/E-Mail

Nr. der Patientenkarte

UNTERSCHRIFT APOTHEKE

Unterschrift ApothekerIn

Datum

Apothekenstempel