BESTELLFORMULAR POMALIDOMID GRINDEKS Hartkapseln

Grindex
Kalcex

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 / eMail	

BESTELLUNG

Bestellung unter Einhaltung der behördlichen Vorschriften und Sicherheitsvorkehrungen

Produktbezeichnung	Packungs-größe	PZN	Artikel-nummer	Bestell-menge
POMALIDOMID GRI HKPS 1MG	14 Stück	6056823	50139085	
POMALIDOMID GRI HKPS 1MG	21 Stück	6053575	50137379	
POMALIDOMID GRI HKPS 2MG	14 Stück	6056846	50139086	
POMALIDOMID GRI HKPS 2MG	21 Stück	6053581	50137380	
POMALIDOMID GRI HKPS 3MG	14 Stück	6056852	50139087	
POMALIDOMID GRI HKPS 3MG	21 Stück	6053598	50137381	
POMALIDOMID GRI HKPS 4MG	14 Stück	6056869	50139088	
POMALIDOMID GRI HKPS 4MG	21 Stück	6053606	50137382	

VERORDNER	
Name Ordination/Krankenhaus/Zentrum	
Name Arzt/Ärztin	
Adresse, PLZ, Ort	
Tel / eMail	
Patientennummer (optional)	

UNTERSCHRIFT APOTHEKE	
Unterschrift ApothekerIn	Apothekenstempel
Datum	