

BESTELLFORMULAR LENALIDOMID GRINDEKS Hartkapseln

Grindex



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
LENALIDOMID GRI HKPS 2,5MG	21 Stück	5511449	50124864	
LENALIDOMID GRI HKPS 5MG	21 Stück	5511455	50124865	
LENALIDOMID GRI HKPS 7,5MG	21 Stück	5511461	50124866	
LENALIDOMID GRI HKPS 10MG	21 Stück	5511478	50124867	
LENALIDOMID GRI HKPS 15MG	21 Stück	5511484	50124868	
LENALIDOMID GRI HKPS 20MG	21 Stück	5511490	50124869	
LENALIDOMID GRI HKPS 25MG	21 Stück	5511509	50124870	

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

UNTERSCHRIFT APOTHEKE	
Unterschrift ApothekerIn	Apothekenstempel
Datum	