Rezeptbestellung

Name:

Adresse:

Sozialversicherungsnr: Krankenkasse:

Telefonnummer:

Abholdatum: Abholort:

Apotheke Ihrer Wahl oder Praxis (zu den Abholzeiten)

Medikament	Dosierung (mg/g)	Packungs-anzahl	Einnahme (z.B: 1-0-0-0)

Rezeptbestellung mit diesem Formular entweder per Email an praxis@meomed.at
oder direkt in den Briefkasten der Praxis.

Gerne schicken wir die Rezepte an die Apotheke Ihrer Wahl!