

Vertragspartnerservice

Siegfried Marcus-Straße 5
7000 Eisenstadt

Tel. +43 5 0766-135124
Fax: +43 5 0766-13411182

Unsere Servicezeiten finden Sie
unter: www.gesundheitskasse.at

UID-Nr. ATU74552637

Anforderungsschein

für **Thilorbin Augentropfen**

für den Ordinationsbedarf im _____ Quartal _____

zu bestellen von der ausliefernden Apotheke mit einer Kopie des Anforderungsscheins bei

WABOSAN Arzneimittelvertriebs GmbH
Anton Anderer Platz 6
1210 Wien
Tel. 01/2700370
Fax 01/2700370 20

Artikelbezeichnung	Angeforderte Menge/OP (á 30 Stück)	Bewilligte Menge/OP
Thilorbin 50 x 05 ml PZN 4161450		

.....
Arztstempel/Unterschrift/Datum

.....
Medizinischer Dienst