

Vertragspartnerservice

Siegfried Marcus-Straße 5
7000 Eisenstadt

Tel. +43 5 0766-131184
Fax: +43 5 0766 13411182

Unsere Servicezeiten finden Sie
unter: www.gesundheitskasse.at

UID-Nr. ATU74552637

Anforderungsschein

für **Midriodavi 10 mg/ml 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	Bewilligte Menge
Ciclopentolato AT 10mg/ml v. Midriodavi (PZTN 5817183)		

Arztstempel/Unterschrift/Datum

Chefärztlicher Dienst