

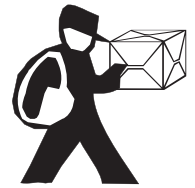
Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular mit dem Rezept an:

MediService AG
Ausserfeldweg 1
4528 Zuchwil



MEDI SERVICE

Apotheke Farmacia Pharmacie



(Aus rechtlichen Gründen benötigen wir auch für rezeptfreie Medikamente ein Rezept.)

Bitte Zutreffendes ankreuzen: Sprache: D F I

- Medikamentenbestellung gemäss beiliegendem Rezept.
- Ich möchte die Dienstleistungen von MediService ausprobieren und schicke Ihnen mein nächstes Rezept in voraussichtlich Wochen.
- Ich möchte zuerst zusätzliche Informationen über MediService. Rufen Sie mich an. Beste Zeit für Anruf Uhr.

Lieferfrist: (in Werktagen nach Rezepteingang – nicht Sa/So/Feiertage)

4–7 Werktage 2–3 Werktage späterer Liefertermin: / /
Tag Monat Jahr

Frau Herr Falls Sie bereits Kunde von MediService sind, bitte Ihre Kunden-Nr. eintragen:
Kunden-Nr.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name	Telefon privat	Telefon geschäftlich
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Vorname	Natel	Fax
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Strasse/Nr.	E-Mail-Adresse	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PLZ/Ort	<input type="text"/>	Geburtsdatum

Lieferadresse (falls nicht gleich wie Adresse) einmalig immer

Kommentar

Meine Versicherungsdaten

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Krankenkasse Grundversicherung	Sektion
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Mitgliedsnummer (falls vorhanden)	
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Krankenkasse Medikamenten-Zusatzversicherung	Sektion
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Mitgliedsnummer (falls vorhanden)	

Datum Unterschrift _____