

Bitte senden Sie das Formular ausgefüllt mit dem Arztrezept an:

Gotrade GmbH  
Postfach 58  
8597 Landschlacht

## Bestellung gemäss beiliegendem Rezept

Ich möchte die Dienstleistungen von Gotrade/go4medica ausprobieren und schicke Ihnen mein nächstes Rezept in ca. [ ] Wochen.

Ich möchte zuerst zusätzliche Informationen über Gotrade/go4medica. Bitte rufen Sie mich an. Ich bin erreichbar von [ ] bis [ ] Uhr.

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

2-3 Werktage     4-7 Werktage     einmaliger Liefertermin [ ]

**Abonnement:** Bitte liefern Sie gemäss folgendem Lieferplan:

<input type="checkbox"/> Wöchentlich	Anzahl [ ]	<input type="checkbox"/> Quartal	Anzahl [ ]
<input type="checkbox"/> 2-Wöchentlich	Anzahl [ ]	<input type="checkbox"/> Halbjährlich	Anzahl [ ]
<input type="checkbox"/> Monatlich	Anzahl [ ]		
<input type="checkbox"/> 2-Monatlich	Anzahl [ ]		

## Persönliche Angaben:

Frau     Herr

Name	Telefon Privat	Telefon Geschäft
Vorname	Handy/Natel	Fax/Privat/Geschäft
Strasse, Nr.	E-Mail-Adresse	
PLZ/Ort	Geburtsdatum TT/MM/JJJJ	

## Von der Rechnungsadresse abweichende Lieferadresse:

## Meine Versicherungsdaten

Frau     Herr

Krankenkasse Grundversicherung	Sektion
Versicherungsnummer/ Mitgliedsnummer	
Krankenkasse Medikamenten-Zusatzversicherung	Sektion
Versicherungsnummer/ Mitgliedsnummer	

Datum:[ ]

Unterschrift:\_\_\_\_\_