Bestellfax

IV-Wundvertrag

0441 / 219 706 33

ägnw-direkt

. . . von Ihrer ärztegenossenschaft ägnw eG

Kundennummer: _____ **Stempel:**

☐ Frau ☐ Herr Titel: _____

Vorname/Name _____

Straße _____

Postleitzahl _____ Ort _____

Telefon: _____ Fax: _____

für den Patienten

Vorname/Name _____

Straße _____

Postleitzahl _____ Ort _____

Bestellschein nur für Bestellungen innerhalb des IV-Wundvertrages der Ärztegenossenschaft

PZN	Menge	Bezeichnung

Datum/Unterschrift:_____