

ANFRAGE

§ 73 Abs. 3 AMG

CARE COMPETENCE GmbH
Henstedter Str. 1
24558 Wakendorf II

Absender:

bitte Apothekenstempel verwenden

PER FAX 04535 – 29 770 29

Datum: _____

Hiermit bitten wir um Übersendung eines verbindlichen Angebots für folgende, in Deutschland nicht zugelassene Arzneimittel:

MENGE	ARZNEIMITTEL	STÄRKE	DRF

Bemerkungen:

Angaben zur anfragenden Apotheke:

Apotheke: _____

KD.-Nr. (falls bekannt): _____

Ansprechpartner: _____

Tel.: _____

E-Mail: _____

Fax: _____

Ort / Datum: _____

Unterschrift: _____