

FOLGEBESTELLUNG IRESSA® 250MG FILMTABLETTEN 30 STK.

über: obs.pharmosan.com/login.php oder an Fax. Nr.: +43 1 811 82 140

Arztname laut Rezept: _____

Arztanschrift: _____

Rezeptdatum: _____

Patientenpassnummer:

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

Rezeptnummer:

| | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

| Menge | PZN | Name | Packungsgröße |
|-------|---------|------------------------------|---------------|
| _____ | 2441843 | IRESSA® 250 mg Filmtabletten | 30 Stk. |

Apothekenstempel

Datum