

FOLGEBESTELLUNG LYNPARZA® FILMTABLETTEN 112 STK.

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

Arztname laut Rezept: _____

Arztanschrift: _____

Rezeptdatum: _____

Patientenpassnummer:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Rezeptnummer:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Dosis wie auf Rezept vermerkt (Dosisreduktion): _____

Menge	PZN	Name	Packungsgröße
_____	4480215	Lynparza™ Filmtabletten 100mg	112 Stk.
_____	4480221	Lynparza™ Filmtabletten 150mg	112 Stk.

Apothekenstempel
Datum