MEDIKAMENTENBESTELLUNG

Gerne können Sie Ihre Dauermedikamente mit diesem Formular bestellen.

PRAXIS GRUPPE SPIEZ

Bitte per Mail an: spiez@praxis-gruppe.ch

Datum		
Name und Ort der Apotheke, an die das Rezept gesendet werden soll		
Name	Vorname	Geburtsdatum

Anzahl	Medikament (Name)	Dosis/Stärke (mg/g)	Packungsgrösse (Stk./ml)

Bei Unklarheiten zu der Bestellung werden wir uns melden, ansonsten nehmen wir die E-Mail-Bestellung ohne Rückmeldung entgegen.

Bitte beachten Sie, dass die Bearbeitung der Rezeptbestellung innerhalb von **3 Arbeitstagen erfolgt.**