

Beauftragung zur Rezeptanforderung

Ich

Name, Vorname

Geburtsdatum

Anschrift, PLZ Ort

bevollmächtigte hiermit die Firma

_____ noma-med GmbH, Kreuzacker 2, 31177 Harsum

Name, Anschrift

ab dem

Monat/Jahr

in der Praxis

Praxisname

Anschrift der Praxis

Rezepte für folgende Hilfs-/Verband-/Arzneimittel anfordern:

Ich bin ausdrücklich damit einverstanden, dass diese Rezepte per Fax und im Original bis auf Widerruf an die Bevollmächtigte gesendet werden.

Der Widerruf ist zu richten an: noma-med GmbH, Kreuzacker 2, 31177 Harsum

Ort, Datum

Unterschrift