

Name, Vorname _____

Adresse _____

PLZ, Ort _____

E-Mail _____

Telefon _____ Kundennummer _____

Krankenkasse _____ Kassennummer _____

Versicherten.-Nr. _____

Zuzahlungsbefreit Nein Ja (bitte eine Kopie vom Befreiungsausweis beilegen)

Rezept anbei liegt bereits vor (Dauerrezept)
Anforderung erfolgt durch noma-med

Versorgungszeitraum _____ Monate

Behandelnder Arzt _____

Praxisanschrift _____

Artikelnummer	Artikelbezeichnung	Menge / Packung
---------------	--------------------	-----------------

Gerne können Sie uns Ihre Bestellung per Fax oder E-Mail zukommen lassen. Oder bestellen Sie direkt über unseren Onlineshop unter www.nomamed.de.

Nach den Richtlinien der Deutschen Krankenkassen dürfen wir Ihre bestellte Ware erst liefern, wenn uns vorab ein gültiges Rezept vorliegt und dieses abhängig von den Vorgaben der jeweiligen Krankenkasse genehmigt worden ist.

Für die Abrechnung mit Ihrer Krankenkasse benötigen wir Rezepte im Original. Bitte senden Sie uns diese bei Rezeptbestellungen innerhalb der nächsten 10 Werktage nach Warenerhalt zu.

Vielen Dank!

Mit dem Absenden meiner Bestellung akzeptiere ich die

- Allgemeinen Geschäftsbedingungen der noma-med
- Datenschutzerklärung der noma-med
- Die gesetzliche Zuzahlung für Hilfs- und Arzneimittel

Ort, Datum

Unterschrift Kunde / Kundin