

REZEPTBESTELLUNG

an Praxis Dr. med. B. M. Bylinski

Bitte in Druckstift ausfüllen:

Name: _____

Vorname: _____

geboren am: __ - __ - ____

Name des gewünschten Präparates:

Unterschrift

Bitte kommen Sie in diesem Quartal mit Ihrer Chipkarte in der Praxis vorbei.

Hinweis: Bestellung von Rezepten über:

- **Rezeptkasten in der Praxis**
- **Rezepttelefon: 030 499 07 361**
- **E-Mail: praxis.germedica@gmail.com**

Bitte Rezeptbestellung in den Rezeptkasten werfen
auf Anrufbeantworter (24 Stunden am Tag)

Abholung in der Praxis (bitte 1 Tag zuvor bestellen).

Sie kommen in diesem Quartal mit Ihrer Chipkarte in der Praxis vorbei.