

Anforderungsschein

Thilorbin Augentropfen

für den Ordinationsbedarf im _____ Quartal _____

(zu bestellen von der ausliefernden Apotheke mit einer Kopie des Anforderungsscheins bei
 WABOSAN Arzneimittelvertriebs
 GmbH Anton Anderer Platz 6
 1210 Wien
 Tel.: 01/2700370
 Fax: 01/270037020)

Burgenländische Gebietskrankenkasse
 Siegfried Marcus-Straße 5
 7000 Eisenstadt
 Tel.: 02682/608-5111
 Fax: 02682/608-411182

Artikelbezeichnung	Angeforderte Menge/OP	Bewilligte Menge/OP
Thilorbin 50 x 0,5 ml PZN 4161450		

 Arztstempel/Unterschrift/Datum

 BGKK – Chefärztlicher Dienst

 Apothekenstempel