

Anforderungsschein

Neodisher Septo Med für manuelle Instrumentendesinfektion

für den Ordinationsbedarf im _____ Quartal _____

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

Artikelbezeichnung	VPE	Angeforderte Menge/OP	Bewilligte Menge/OP
Neodisher Septo Med	2 Liter		
Neodisher Septo Med	5 Liter		

 Arztstempel/Unterschrift/Datum

 BGKK – Chefärztlicher Dienst