

Anforderungsschein

für **Micral-Test** – pro ordinatione

für den Ordinationsbedarf im _____ Quartal _____

Burgenländische Gebietskrankenkasse
Siegfried Marcus-Straße 5
7000 Eisenstadt
Tel.: 02682/608-5111
Fax: 02682/60-411182
DVR: 0023973

Artikelbezeichnung	Angeforderte Menge/OP (á 30 Stück)	Bewilligte Menge/OP
Micral-Test		

Arztstempel/Unterschrift/Datum

BGKK – Chefärztlicher Dienst