



Musterbestellung für Angehörige der Heilberufe

Praxisname, Name

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefon

E-Mail-Adresse






Datum, Unterschrift

Stempel

Ich freue mich über Produkte und Neuerungen informiert zu werden.

Meine Lieblingsapotheke: _____

Suchen Sie sich aus folgenden Arzneimitteln 2 Arzneien Ihrer Wahl aus.
Wir schicken Ihnen die Muster kostenlos und portofrei zu!
Einmalig maximal 2 Muster pro Kalenderjahr.

	C 12	C 30	C 90	C200	Q1
Aceticum acidum	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Betula pendula Pollen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Chelidonium	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Gelsemium	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Hypericum perf.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Senden Sie uns bitte dieses Formular per Fax an +49 (0)821 444 78 10