GENBESTILLING AF FAST MEDICIN:

(AFLEVERES I DEN LYSEBLÅ POSTKASSE VED INDGANGEN!)

(TAG EN SEDDEL MED HJEM TIL AFLEVERING VED NÆSTE BESØG)

NAVN:	
CPR.NR	
APOTEK:	
TLF. NR.:	

MEDICINNAVN: **(fx Pamol)**	**STYRKE:** **(fx 50mg)**	**DOSERING:** **(fx 1 tablet morgen og aften)**	**PAKNINGS-STØRRELSE** **(fx 100 stk)**