

POMALIDOMID PLUSPHARMA BESTELLFORMULAR

ALLE Bestellungen werden über die Firma Schachinger pharmalogistik GmbH abgewickelt.

Bitte E-Mail an: **orderhandling@healthcare.at**

Fragen richten Sie bitte an edu-material@pluspharma.at oder telefonisch unter +43 (0)316 908040.

POMALIDOMID +PHARMA

6052481	1 mg Hartkapseln	14 Stk.	
5542533	1 mg Hartkapseln	21 Stk.	
6052498	2 mg Hartkapseln	14 Stk.	
5542556	2 mg Hartkapseln	21 Stk.	
6052506	3 mg Hartkapseln	14 Stk.	
5542562	3 mg Hartkapseln	21 Stk.	
6052512	4 mg Hartkapseln	14 Stk.	
5542579	4 mg Hartkapseln	21 Stk.	

Bitte beachten Sie die maximal zulässige Bestellmenge von 1 Monatstherapie für gebärfähige Frauen und 3 Monatstherapien für nicht gebärfähige Frauen bzw. Männer.

Name des Verschreibers (lt. Rezeptstempel)¹: _____
(bitte in Blockbuchstaben)

Zentrum des Verschreibers¹: _____
z.B. Angabe des Krankenhauses oder der Ordination (bitte in Blockbuchstaben)

¹Angabe der Daten zum Verschreiber bzw. zum Zentrum des Verschreibers sind lt. Vereinbarung mit dem Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen (BASG) zwingend vorgeschrieben und im Einklang mit der geltenden Datenschutzverordnung. Für alle Pomalidomid Bestellung gelten ausschließlich die Allgemeinen Geschäftsbedingungen der Firma +pharma arzneimittel gmbh.

Name Apotheke: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Ansprechpartner: _____

Unterschrift: _____

Apothekenstempel & Datum