

PILL PROTECT® – BESTELLFORMULAR

Lassen Sie uns bitte die folgenden Dokumente für PILL PROTECT® zukommen:

Sets

Anzahl an Sets mit Bestellformularen:

Bestellformulare ohne Set

Anzahl an Bestellformularen ohne Set: _____
(zur Probenahme in einem SYNLAB-Probenahmezentrum)

Patientenbroschüren

Anzahl an Broschüren:

Sprache: Französisch Deutsch Italienisch Englisch Display

Absender / Lieferadresse

Arztpraxis:

Kontakt:

Adresse:

PLZ und Stadt:

Anmerkungen: _____

Gewünschtes Lieferdatum:

Stempel:

**Senden Sie bitte das ausgefüllte Formular per Fax an
Ihr SYNLAB-Labor unter der Nummer 0800 796 780.**