# FAX Bestellung
# Postdirektversand
# Gebührenfreie Nr. 00 800 – 17 46 46 46
# von

Ihre Kundennummer: Stempel der Apotheke/ Anschrift

# an
# Pharmavertrieb HEINZE GmbH
# Mauerstr. 2 – 6
# D – 79539 Lörrach

Bitte stellen Sie uns umgehend folgende Artikel zu:

| Menge | Artikel | Darreichungsform | Größe |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |