

Pharmazeutische Dienstleistungen

Das Plus aus Ihrer Apotheke.

Liebe Patientin, lieber Patient,
wir bieten Ihnen pharmazeutische Dienstleistungen an.
Für Sie ist dieses Angebot kostenlos, denn Ihre
Krankenkasse übernimmt die Kosten.

Wir vereinbaren folgenden Termin:
Terminvereinbarung für die pharmazeutische
Dienstleistung

- Montag _____ Datum _____
 Dienstag _____ Datum _____
 Mittwoch _____ Uhrzeit _____
 Donnerstag _____ Uhrzeit _____
 Freitag _____
 Samstag _____ Dauer etwa _____ Minuten

Diese Terminvereinbarung ist verbindlich.

Ein Mitglied unseres Apothekenteams reserviert sich Zeit –
extra für Sie. Sollten Sie verhindert sein, informieren Sie
uns bitte so früh wie möglich – gerne über unten
angegebene Telefonnummer oder unsere E-Mail-Adresse.
Weitere Informationen unter
www.pharmazeutische-dienstleistungen.de

Stempel der Apotheke

Ihr Apothekenteam



Pharmazeutische Dienstleistungen

Das Plus aus Ihrer Apotheke.

Liebe Patientin, lieber Patient,
wir bieten Ihnen pharmazeutische Dienstleistungen an.
Für Sie ist dieses Angebot kostenlos, denn Ihre
Krankenkasse übernimmt die Kosten.

Wir vereinbaren folgenden Termin:
Terminvereinbarung für die pharmazeutische
Dienstleistung

- Montag _____ Datum _____
 Dienstag _____ Datum _____
 Mittwoch _____ Uhrzeit _____
 Donnerstag _____ Uhrzeit _____
 Freitag _____
 Samstag _____ Dauer etwa _____ Minuten

Diese Terminvereinbarung ist verbindlich.

Ein Mitglied unseres Apothekenteams reserviert sich Zeit –
extra für Sie. Sollten Sie verhindert sein, informieren Sie
uns bitte so früh wie möglich – gerne über unten
angegebene Telefonnummer oder unsere E-Mail-Adresse.
Weitere Informationen unter
www.pharmazeutische-dienstleistungen.de

Stempel der Apotheke

Ihr Apothekenteam

