

# Bestellung



## Kassenrezept

Krankenkasse bzw. Kostenträger		Hlbr- PKV	Impf- status	Soz-St- Rang	Boor- PLatz	Apotheken-Nr. / K.
Geb.- ort	Name, Vorname des Versicherten	geb. am	Zustellung			
noctis			Gesamt-Stück			
Strasse			Arzneimittel-Hersteller/Anz.			
Linie	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Factor Taxe		
Arzt	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	1. Verordnung		
Unfall			2. Verordnung			
			3. Verordnung			
Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)			Vertragsarztstempel			
Bei Arbeitseinsatz auszufüllen!			Dr. med. Max Muster Facharzt für Musterkrankheiten Musterstraße 1 22222 Musterstadt Telefon 000 222222 Telefax 000 333333			
Abgabedatum in der Apotheke			Unterschrift des Arztes Muster 16 (10.2014)			
Unfalltag			Unfallbetrieb oder Arbeitgebernummer			
			1234567894			

### Ihre Bestellung:

(bitte ankreuzen)

- mit Eindruck\*       ohne Eindruck

### Menge:

- 1000 Stück  
 3000 Stück  
 5000 Stück

### \* Preise für den Eindruck:

(zzgl. 19 % MwSt.)

1000 Stück: 20,45 € · 3000 Stück: 27,10 € · 5000 Stück: 31,70 €

- Unveränderter Nachdruck       Neuer Eindrucktext

Angaben für Ihren neuen persönlichen Eindruck  
(max. 9 Zeilen à 40 Zeichen)


## Privatrezept



Bezugsdatum		Apotheken-Nr.	
geb. am		Gesamt-Stück	
Arzneimittel-Hersteller/Anz.		Factor Taxe	
1. Verordnung		2. Verordnung	
3. Verordnung		4. Verordnung	
Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)		Vertragsarztstempel	
Dr. med. Max Muster Facharzt für Musterkrankheiten Musterstraße 1 22222 Musterstadt Telefon 000 222222 Telefax 000 333333		Unterschrift des Arztes	
PKV Nr.		5001911A04179	

### Original PKV-Privatrezept

Privatrezepte für die Versichertenkarte mit blauem Untergrund. Fälschungssicher durch Sicherheitsnummer und **Wasserzeichen**, chipkartengerecht, wahlweise mit oder ohne Eindruck.

### Ihre Bestellung:

(bitte ankreuzen)

- mit Eindruck       ohne Eindruck

### Menge:

- 1000 Stück  
 3000 Stück  
 5000 Stück

### Preise:

28,80 €  
 68,40 €  
 109,00 €  
 (zzgl. 19 % MwSt.)

- Unveränderter Nachdruck       Neuer Eindrucktext

Angaben für Ihren neuen persönlichen Eindruck  
(max. 9 Zeilen à 40 Zeichen)


<b>Betriebsstättennummer</b> <b>Telefon-/Faxnummer</b> <b>Datum/Ansprechpartner</b>	<b>Absender</b>
---	-----------------

### E-Mail\*

\* Bei Angabe Ihrer E-Mail-Adresse erhalten Sie automatisch eine Eingangs- und Versandbestätigung Ihrer Bestellung.

Das ausgefüllte Formular bitte via E-Mail an [arztvordrucke@pav.de](mailto:arztvordrucke@pav.de)

Paul Albrechts Verlag GmbH · Hamburger Straße 6 · 22952 Lütjensee · Telefon 0 41 54 \_ 7 99 122/-168/-121 · Telefax 0 41 54 \_ 7 99 173

Per E-Mail an PAV senden