

# Bestellung Muster 16a Bremen



AOK Bremen/Bremerhaven (Umlagekasse)			Spr.-St. Betrag: <b>9</b>	Apotheken-Nummer / JK
Kostenträgerkennung: <b>103119155</b>			Gesamt Brutto	
Betriebskassen-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	Pharmazentral-Nr.	
SPRECHSTUNDENBEDARF			Factor	Taxe
			Muster 16 a (10.2014)	
			0300000004	
			777H	
			Unterschrift des Arztes (Stempel Rückseite)	
			Muster 16 a (10.2014)	

**Sprechstundenbedarf** (Menge: 250 Stück)

AOK Bremen/Bremerhaven (Umlagekasse)			Impl.-Spr.-St. Betrag: <b>8 9</b>	Apotheken-Nummer / JK
Kostenträgerkennung: <b>103119155</b>			Gesamt Brutto	
Betriebskassen-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	Pharmazentral-Nr.	
IMPfstoffe			Factor	Taxe
			Muster 16 a (10.2014)	
			0300000004	
			777H	
			Unterschrift des Arztes (Stempel Rückseite)	
			Muster 16 a (10.2014)	

**Impfstoffe** (Menge: 50 Stück)

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

**E-Mail\***

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

## GLEICH MITBESTELLEN

Name, Vorname des Versicherten		geb. am	Berufsdatum	Apotheken-Nummer
Versicherungsnummer		Personennummer	Gesamt Brutto	
Unfall	Karte gültig bis	Datum	Arzneimittel-Mittelteil-Heilmittel-Nr.	Factor
Rp. (Bitte Leeräume durchstreichen)		Taxe		
PKVH		Dr. med. Max Muster Facharzt für Musterkrankheiten Musterstraße 1 22222 Musterstadt Telefon 000 222222 Telefax 000 333333		
5001911A04179		Unterschrift des Arztes		

### 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)

### Menge:

- mit Eindruck
- ohne Eindruck

1000 Stück	28,80 €
3000 Stück	68,40 €
5000 Stück	109,00 €

**Preise:**  
(zzgl. 19 % MwSt.)

- Unveränderter Nachdruck  Neuer Eindruckstext

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

9 Zeilen à 40 Zeichen für den persönlichen Eindruck.

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

Stand 1/2018 Preise gültig bis 31.12.2018