

Bestellung



Kassenrezept

Krankenkasse bzw. Kostenträger		Hilfs- PKV	Impf- status	Soz.-St. Bezug	Boor- PKV	Apotheken-Nr. / K.
Name, Vorname des Versicherten		geb. am	Zustellung			
Kostenträgerkennung		Versicherten-Nr.	Status	Arztambul.-Kassen-Nr. (Einmal-Nr.)		
Betriebsstätten-Nr.		Arzt-Nr.	Datum	Vertragsarztstempel		
Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)		Dr. med. Max Muster Facharzt für Musterkrankheiten Musterstraße 1 22222 Musterstadt Telefon 000 222222 Telefax 000 333333				
Bei Arbeitsunfall auszufüllen!		Abgabedatum in der Apotheke		Unterschrift des Arztes Muster 16 (10.2014)		
Unfalltag		Unfallbetrieb oder Arbeitgebernummer		1234567894		

Privatrezept

GLEICH MITBESTELLEN

Bezugsdatum		Apotheken-Nr.	
Name, Vorname des Versicherten		geb. am	
Karte gültig bis		Datum	
Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)		Dr. med. Max Muster Facharzt für Musterkrankheiten Musterstraße 1 22222 Musterstadt Telefon 000 222222 Telefax 000 333333	
PKV-Nr.		Unterschrift des Arztes	
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:

- 200 Stück 500 Stück 1000 Stück
 3000 Stück 5000 Stück

* Preise für den Eindruck:

(zzgl. 19 % MwSt.)

200 Stück: 20,45 € · 500 Stück: 20,45 € · 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)

Ihre Bestellung:

(bitte ankreuzen)

- mit Eindruck ohne Eindruck

Menge:

Preise:

- 1000 Stück 29,90 €
 3000 Stück 72,60 €
 5000 Stück 116,00 €
 (zzgl. 19 % MwSt.)

- Unveränderter Nachdruck Neuer Eindrucktext

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

<p>Betriebsstättennummer</p> <hr/> <p>Telefon-/Faxnummer</p> <hr/> <p>Datum/Ansprechpartner</p>	<p>Absender</p>
--	------------------------

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

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