

Bestellung



Kassenrezept

Krankenkasse bzw. Kostenträger		Hilfs- PKV	Impf- status	Soz.-St. Bezug	Apotheken-Nr. / K.	
Name, Vorname des Versicherten		geb. am	Zustellung			
Kostenträgerkennung		Versicherten-Nr.	Status	Arzneimittel-Hersteller-Nr.		
Betriebsstätten-Nr.		Arzt-Nr.	Datum	1. 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 Muster 16 (10.2014)				
Bei Arbeitsunfall auszufüllen!		Abgabedatum in der Apotheke		PKV-Nr. 5001911A04179		
Unfalltag		Unfallbetrieb oder Arbeitgebernummer		1234567894		

Privatrezept

GLEICH MITBESTELLEN

Bezugsdatum		Apotheken-Nr.	
Name, Vorname des Versicherten		geb. am	
Kostenträgerkennung		Versicherungsnummer	Personennummer
Betriebsstätten-Nr.		Arzt-Nr.	Datum
Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)		Karte gültig bis	
Dr. med. Max Muster Facharzt für Musterkrankheiten Musterstraße 1 22222 Musterstadt Telefon 000 222222 Telefax 000 333333		Unterschrift des Arztes	
Bei Arbeitsunfall auszufüllen!		PKV-Nr. 5001911A04179	
Unfalltag		Unfallbetrieb oder Arbeitgebernummer	

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

Preise:

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)

Text area for personal impression (9 lines x 40 characters)

- Unveränderter Nachdruck Neuer Eindrucktext

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

Text area for personal impression (9 lines x 40 characters)

Betriebsstättennummer Telefon-/Faxnummer Datum/Ansprechpartner	Absender
---	-----------------

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