



## ANFORDERUNGSFAX

Bitte senden Sie mir kostenlos ein Ärztemuster gemäß § 47 III, IV AMG des folgenden Produktes zu:

- Gelenk - Albin
- Homvio - Rin
- Ambrax
- Homviocorin spezial
- Bluthochdruck
- Homvioartin
- Homvio - Em
- Homviohepan
- Prosta - Albin
- Nieren - Albin
- Homviotensin Tropfen

Einfach ankreuzen, leserlich ausfüllen, abstempeln und an die **(089) 91 79 85** zurückfaxen.

Name: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Praxisstempel

\_\_\_\_\_  
Datum/ Unterschrift