



Name der Arztpraxis: _____

Stempel:

Email: _____

Bereitstellung einer: PDF-Datei Browser Link beides

Tag der Listenbereitstellung:

Montag Dienstag Mittwoch Donnerstag Freitag

Datum, Ort

Unterschrift

Wir erklären uns damit einverstanden, dass unsere E-Mail Adresse auch in Zukunft genutzt werden darf, damit unsere Praxis mit Angeboten und aktuellen Informationen versorgt wird. Die E-Mail-Adresse bleibt im Besitz der Jahreszeiten Apotheke und wird nicht an Dritte weitergegeben.

Anlage zu Antwortbogen

Die Übermittlung der verfügbaren Arzneimittel kann auf nachfolgende Gruppen eingegrenzt werden.

Welche der Gruppen sind für Sie relevant? Kreuzen Sie diese gerne an, und übermitteln uns das Formular mit dem Antwortbogen zurück.

- Anästhetika
- Antacida / Ulkustherapeutika
- Antibiotika / Antiinfektiva / Antimykotika
- Antidiabetika
- Antiphlogistika / Antirheumatika
- Dermatologika
- GI-Therapeutika
- Herzkreislaufpräparate
- Hormone ohne Sexualhormone / Insuline
- Immunmodulatoren
- Impfstoffe und Sera
- Muskel- und Skelettsystem Therapeutika
- Nervensystem Therapeutika
- Ophthalmika
- Otologika
- Präparate Blut und Blutbildung
- Repellentien
- Respirationstrakt Therapeutika
- Urogenitaltherapeutika