

Medikamentenbestellung Praxis Wengihof

Datum: für

Name	Vorname
Geburtsdatum:	
Adresse:	

Gewünschte Medikamente:

(Auflisten oder Aufkleben der Packungslasche mit den entsprechenden Angaben)

Name des Medikaments	Wirkstoffmenge	Packungsgrösse

Senden an: Praxis Wengihof, Lagerhausstrasse 1, 4500 Solothurn,
E-Mail: praxis.wengihof@hin.ch

...oder die Liste ins vorgesehene Fach in der Praxis legen