

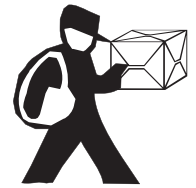
Veillez remplir et envoyer le bulletin avec l'ordonnance à:

MediService S.A.
Ausserfeldweg 1
4528 Zuchwil



MEDI SERVICE

Apotheke Farmacia Pharmacie



(Pour des raisons juridiques, nous avons aussi besoin d'une ordonnance pour les médicaments délivrés sans ordonnance.)

Cocher ce qui convient: Langue: a f i

Commande de médicaments selon ordonnance ci-join.

Je souhaite découvrir les prestations de MediService et vous enverrai ma prochaine ordonnance dans environ semaines.

Je souhaite mieux connaître MediService. Appelez-moi à heures (meilleur moment pour me joindre).

Délai de livraison: (en jours ouvrables dès réception de l'ordonnance – sauf sa/di/jours fériés)

4–7 jours ouvrables 2–3 jours ouvrables Livraison ultérieure: / /
jour mois année

Madame Monsieur Numéro de client si vous êtes déjà client(e) chez MediService:
Numéro de client.

Nom Téléphone privé Téléphone professionnel

Prénom Natel Fax

Strasse/Nr. E-Mail-Adresse

Rue / N° Date de naissance

Adresse de livraison (si différente) provisoire définitive

Commentaire

Assurances:

Institution commune LAMal

Assurance de base

Numéro d'assuré

Dans quel pays êtes-vous assuré?

Date Signature _____