

La preghiamo d'inviare la scheda compilata con la ricetta a:

MediService S.A.
Ausserfeldweg 1
4528 Zuchwil



MEDI SERVICE

Apotheke Farmacia Pharmacie



(Per motivi legali ci occorre sempre una prescrizione anche per medicine libere.)

Contrassegnare ciò che fa al caso:

Lingua: t f i

Ordinazione di medicinali conformemente alla ricetta allegata.

Desidero testare le prestazioni di MediService. Vi invierò la mia prossima ricetta probabilmente tra _____ settimane.

Desidero dapprima informazioni supplementari su MediService. Vi prego di chiamarmi (orario più adatto) alle _____.

Recapito (in giorni lavorativi dopo il ricevimento della ricetta – esclusi sa/do/giorni festivi):

4–7 giorni lavorativi 2–3 giorni lavorativi Ultimo termine di consegna: _____ / _____ / _____
giorno mese anno

Signora Signor

Se siete già cliente di MediService, p.f. indicate il vostro n. cliente: _____

N. cliente

Cognome _____

Telefono privato _____

Telefono ufficio _____

Nome _____

Natel _____

Fax _____

Via / n. _____

Indirizzo e-mail _____

NPA / luogo _____

Data di nascita _____

Indirizzo di spedizione (se non identico) eccezione permanente

Commento _____

I dati relativi alla mia assic

Instituzione comune LAMal _____

Cassa malati assicurazione di base _____

N. membro _____

In quale paese è assicurato? _____

Data _____ Firma _____