

BESTELLSCHEIN BLUTZUCKERTESTSTREIFEN & LANZETTEN für Versicherte der ÖGK

Bitte füllen Sie dieses Bestellformular in BLOCKSCHRIFT aus und senden Sie es an Ihre ÖGK Landesstelle

1) Personendaten

| | | |
|--|--|--|
| nur bei Mitversicherung auszufüllen | Name (Patientin/Patient), Titel | |
| | Vorname (Patientin/Patient) | |
| | Straße Lieferadresse | |
| | PLZ / Ort | |
| | SVNr. / Geburtsdatum Patientin/Patient | |
| | Telefonnummer für Rückfragen | |
| | SVNr. / Geburtsdatum Versicherte/Versicherter | |
| | Name (Versicherte/ Versicherter), Titel | |
| Vorname (Versicherte/ Versicherter) | | |

2) Bestellung

| Anz. | Produkt |
|----------|--------------------------------|
| ___ Pkg. | Teststreifen GL 44/50 à 50 Stk |
| ___ Pkg. | Lanzetten GL 44/50 à 200 Stk |
| ___ Pkg. | |
| ___ Pkg. | |
| ___ Pkg. | |

Eine Bestellung ist nur mit ausgefülltem Bestellschein und Ihrer Unterschrift gültig!

Datum: _____

Unterschrift Patientin/Patient: _____

Seite 1 von 1