

Absender:

Name	Straße	PLZ/Ort

Hautzentrum Winsen

Nordertorstr. 9

21423 Winsen

Ich benötige ein Folgerezept: (möglichst der genaue Medikamentenname)	Menge

- Das Rezept wird abgeholt
- Das Rezept bitte per Post zuschicken
(frankierten Rückumschlag nicht vergessen)

Ich bin tagsüber zu erreichen unter dieser Telefon-Nr.: _____

Datum und Unterschrift