



Ihr Spezialist für die Behandlung von chronischen Wunden steht Ihnen gerne für alle Fragen und Auskünfte zur Verfügung:

08346 / 98228-60



Grenzenlos gut versorgt!

IHR EPINOVA-FREIUMSCHLAG FÜR DIE NÄCHSTE BESTELLUNG

SO EINFACH GEHT'S:

- Vorlage ausdrucken, ausschneiden und auf einen Briefumschlag kleben.
- Ihr Rezept in den Umschlag legen (wenn Sie Produkte ohne Rezepte bestellen, bitte mit dem beige-fügten Bestellformular).
- Ab in den Briefkasten. Das Porto übernehmen wir für Sie. Sie erhalten umgehend Ihre Bestellung per Post. Rezepte rechnen wir direkt mit Ihrer Krankenkasse ab.



Entgelt
zahlt
Empfänger

Deutsche Post 
ANTWORT

EpiNova GmbH & Co. KG
Am Moosberg 3a
87666 Pforzen





Ihr Spezialist für die Behandlung von chronischen Wunden.



BESTELLFORMULAR

HIERMIT BESTELLE ICH FOLGENDEN ARTIKEL:

Ich bestelle gemäß beiliegendem Rezept

Sonstige Info / Änderungen:

Ort, Datum

Unterschrift

Zuzahlungsbefreit für gesetzliche Zuzahlung nach § 62 SGBV

Ja (Bitte Kopie der Zuzahlungsbefreiung beilegen)

Nein

Vielen Dank für Ihre Bestellung.

Bitte schicken Sie das ausgefüllte Bestellformular mit Ihren persönlichen Angaben zusammen mit dem Rezept Ihres Arztes an:

EpiNova – Wundpraxis Allgäu
Am Moosberg 3a
87666 Pforzen*

* Nutzen Sie unseren Freiumschatz, das Porto übernehmen wir für Sie.

PERSÖNLICHE ANGABEN:

Bereits Kunde

Neukunde

Bitte füllen Sie die folgenden Angaben nur dann aus, wenn die Lieferadresse von der Rezeptadresse abweicht.

abweichende Lieferadresse
dauerhaft

abweichende Lieferadresse
einmalig

Name, Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

E-Mail

Telefon-Nr. tagsüber

Krankenkasse

ICH BEZAHLE MIT: (nur anzugeben bei Privatversicherten)

Rechnung

Überweisung

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG ZUM DATENSCHUTZ:

Ich bin damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten gemäß Datenschutzgrundverordnung (Art. 6 Abs. 1 Satz 1 a DSGVO) für gesundheitliche Zwecke von EpiNova Wundpraxis Allgäu gespeichert werden. Mit der Zurverfügungstellung meiner Daten willige ich ein, dass diese zum Zwecke meiner Therapie auch an Apotheken und Lieferanten weitergegeben werden dürfen.

Ort, Datum

Unterschrift