

Provi subito il nostro servizio: invia la ricetta, riceve i farmaci per posta e risparmi.

0= per i controlli medicinali
per i controlli acquisti
per i costi di spedizione

5% almeno il 5% di sconto
per nuovi clienti

Invi la ricetta originale del suo medico insieme a questa cartolina di risposta a

MediService SA, Ausserfeldweg 1, 4528 Zuchwil.

Riceverà i suoi farmaci comodamente tramite posta nei due-tre giorni successivi.

In caso di domande, il nostro servizio clienti sarà lieto di risponderle al **numero telefonico 0848 40 80 40.**

15PDS0001L_a

Scheda di accompagnamento

(Si prega di compilare e barrare le caselle appropriate)

- Ordino i miei farmaci secondo la/le ricetta/e allegata/e.
 Desidero iscrivermi. Vi invierò la ricetta in un secondo momento.
 Signora Signor Lingua: I T F

Cognome _____

Nome _____

Via/N. _____

NPA/Località _____

Telefono _____

E-mail _____

Data di nascita _____

- Indirizzo di consegna uguale al domicilio sopraindicato
 Altro indirizzo di consegna Una volta Sempre

Data di consegna desiderata _____

I miei dati assicurativi

(compilare o allegare una copia della tessera di assicurato)

Assicurazione di base _____ N. assicurazione _____

Assicurazione complementare _____ N. assicurazione _____

Questionario sulla salute

La compilazione del questionario sulla salute è facoltativa. Tutte le informazioni sono soggette alla protezione dei dati.

Altezza corporea _____ cm Peso attuale _____ kg

Soffre di uno dei seguenti disturbi?

- Malattie della tiroide Diabete
 Pressione oculare elevata Cardiopatie
 Asma Reumatismi
 Pressione alta Problemi gastrointestinali
 Altro _____

Sussistono intolleranze o allergie?

- Penicillina Sulfamidici Aspirina
 Altro _____

Quali farmaci assume oltre a quelli prescritti sulla ricetta?

È in corso una gravidanza?

- Sì No

Se «sì», data prevista del parto _____

Sta allattando?

- Sì No

Data _____ Firma _____