

Persönliche Angaben

AHV-Nr. _____ Versicherungs-Nr. _____

Geburtsdatum (tt.mm.jjjj) _____

Name, Vorname _____

Strasse, Nr. _____

PLZ, Ort _____

Telefon _____ E-Mail: _____

Ich möchte gerne den Attends E-Mail-Newsletter erhalten

Nachbestellung: → Rezept liegt vor für: mittlere schwere totale Inkontinenz

Attends _____ Anzahl Kartons _____

Attends _____ Anzahl Kartons _____

Erstbestellung: Senden Sie uns bitte das ausgefüllte Formular zu und wir melden uns bei Ihnen für eine telefonische Erstberatung sowie kostenlose Musterzustellung.

Sie erreichen mich am besten Tag/Zeit _____

Aktuell verwendete Inkontinenzprodukte (genaue Bezeichnung und Grösse),

1. _____ Menge in Stück/24h _____

2. _____ Menge in Stück/24h _____

Rezeptbegleitkarte

Rezept liegt bei

Ich ermächtige Attends in meinem Auftrag das Rezept bei meinem Arzt anzufordern.

Mein Arzt:

Frau Dr. Herr Dr.

Name, Vorname: _____

Strasse, Nr.: _____

PLZ, Ort: _____

Profitieren ist einfach

Sofern Attends eine ärztliche Verordnung (Rezept) vorliegt, rechnet Attends direkt mit der KPT ab. Dauerrezepte werden solange ausgeführt, wie sie gültig sind. Vergessen Sie jedoch nicht mitzuteilen, wie viele Artikel Sie gerne bestellen wollen.

Und so bestellen Sie

Senden Sie das ausgefüllte Bestellformular mit Ihrem Arztrezept an die Firma

Attends GmbH
Baslerstrasse 15
4310 Rheinfelden

