

NACHBESTELLUNG FÜR DIE UNTERSCHRIFTENAKTION

- Für die bundesweite Unterschriftenaktion der deutschen Apothekerschaft bestelle ich noch einen Unterschriftenblock sowie weitere DIN A6 Abrissblöcke mit Informationen für meine Patienten.

Kontaktdaten (Bitte in Blockbuchstaben ausfüllen)

Name der Apotheke

Ansprechpartner

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefonnummer

E-Mail

- Ich bin damit einverstanden, dass ich kontaktiert werde, falls meine Angaben unleserlich sind, um eine Verifizierung meiner Kontaktdaten vornehmen zu können.

Ihr Kammer-/ Verbandsgebiet

(Bitte nur eins auswählen)

- Baden-Württemberg
- Bayern
- Berlin
- Brandenburg
- Bremen
- Hamburg
- Hessen
- Mecklenburg-Vorpommern
- Niedersachsen
- Nordrhein
- Rheinland-Pfalz
- Saarland
- Sachsen
- Sachsen-Anhalt
- Schleswig-Holstein
- Thüringen
- Westfalen-Lippe