

Name: .....

Fachgebiet: .....

<b>Ordinationsadresse:</b>	<b>Nur für Wohnsitzärzte:</b>
	Institution/Tätigkeit, für die die Suchtgiftvignetten benötigt werden:
	Wohnadresse (= Zustelladresse):

Wien, .....

Magistratsabteilung 15 – Gesundheitsdienst der Stadt Wien  
Gesundheitseinrichtungen und Arzneimittelwesen  
Thomas-Klestil-Platz 8/2  
1030 Wien

## Suchtgiftvignettenbestellung

### Ich bestelle

- ..... (in Worten: .....)  
Stück Suchtgiftvignetten
- .....  
Stück Formblätter für die Substitutionsverschreibung.

Ich bevollmächtige Frau/Herrn .....  
die bestellten Suchtgiftvignetten abzuholen.

.....  
Stampiglie und Unterschrift