

Bezeichnung der Krankenanstalt/Institution:

Adresse der Krankenanstalt/Institution:

Für Krankenanstalten:

Name des Ärztlichen Leiters/der Ärztlichen Leiterin bzw. des nominierten Arztes/der nominierten Ärztin/Pharmazeuten/Pharmazeutin:

Für Institutionen:

Name des Arztes/der Ärztin, für die/den die Suchtgiftvignetten benötigt werden:

Fachgebiet:

Wien,

Magistratsabteilung 15 – Gesundheitsdienst der Stadt Wien
Gesundheitseinrichtungen und Arzneimittelwesen
Thomas-Klestil-Platz 8/2
1030 Wien
Fax: 01/4000-99-87561
E-Mail: gesundheitseinrichtungen@ma15.wien.gv.at

Suchtgiftvignettenbestellung

Ich bestelle

eine Anzahl von Stück Suchtgiftvignetten (**ACHTUNG: Stückzahl muss durch 40 teilbar sein, nachdem 1 Bogen 40 Stück Suchtgiftvignetten enthält**)

Ich bestätige mit meiner Unterschrift die Berechtigung zur selbstständigen Berufsausübung.

* Ich möchte die Suchtgiftvignetten per Post erhalten

* Die Suchtgiftvignetten werden durch **mich** persönlich **in der MA 15** abgeholt.

* Ich bevollmächtige Frau/Herrn _____ die bestellten Suchtgiftvignetten **in der MA 15** abzuholen.

*) zutreffendes ankreuzen

.....
Stampiglie und eigenhändige vollständige
Unterschrift des Bestellberechtigten