

Name: .....

Fachgebiet: .....

<b>Ordinationsadresse:</b>	<b>Nur für Wohnsitzärzte:</b> 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  
**Fax: 01/4000-99-87561**  
**E-Mail: [gesundheitseinrichtungen@ma15.wien.gv.at](mailto: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 Arztes/ der Ärztin