

Bezeichnung der Einrichtung/Name der Ordination:

.....

Name der bestellberechtigten Person **(nur für Krankenanstalten/Ambulatorien):**

.....

Adresse der Einrichtung/ Ordination

.....

Wien,

Stadt Wien - Gesundheitsdienst
Gesundheitseinrichtungen und Arzneimittelwesen
1030 Wien, Thomas-Klestil-Platz 8/2

Tel: 01/4000 87565
Fax: 01/4000-99-87561
E-Mail: gesundheitseinrichtungen@ma15.wien.gv.at

Suchtgiftvignettenbestellung

Ich bestelle

eine Anzahl von Stück Suchtgiftvignetten **(ACHTUNG: 1 Bogen = 40 Stück)**

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