



Scannen.
Prüfen.
Drucken.



awinta 

Zukunft. Gestalten. **Können.**



Aktionszeitraum:
12.02. – 30.04.2018

*Ja, ich habe Interesse
an einem individuellen aT1 Angebot*

Ich wünsche einen Rückruf unter _____

Ich wünsche einen Besuch

Apothekenname

Inhaber/ Ansprechpartner

E-Mail-Adresse

Ich bin Mitglied dieser Kooperation

Mein Rezeptabrechner: VSA ALG SARZ

Apothekenstempel (bitte gut lesbar)

Datum, Unterschrift

Mietangebot nur in Verbindung mit einem weißen aT1.

FAX: 07142 588-70444

E-Mail: vertrieb@awinta.de