_____

Stempel der Apotheke

Apothekenleiter
Jürgen Sawazki
LVR- Klinik Viersen Apotheke
Horionstr. 2

41749 Viersen

Untersuchung suchtverdächtiger Stoffe

Sehr geehrter Herr Kollege Sawazki,

als Anlage erhalten Sie _____ Probe(n)

Die Ergebnismitteilung erbitte ich durch Brief,

bzw. vorab per Telefon oder FAX unter

Telefon-Nr. : _____ / Fax-Nr. : _____ .

Mit freundlichen Grüßen

_____

Datum / Unterschrift Name in Druckbuchstaben

ApothekenleiterIN bzw. deren/dessen Beauftragte(r)

Info:
Die Untersuchung kostet **€ 25,00 je Probe** incl. MWSt.
Rechnung wird zusammen mit dem Ergebnis geschickt
Die Bearbeitung der Probe dauert ca. 1 Woche
Abweichende Fragestellungen bitte angeben,
Untersuchungsmaterial wird nicht zurückgeschickt.