

Bezugsbewilligung

Sehr geehrte Damen und Herren

Hiermit wird bestätigt, dass der/die Schulzahnpflegeinstruktor/in

Name, Vorname:

Schule:

Adresse:

PLZ/Ort:

Kundennummer:

folgende Arzneimittel von der Firma Profimed AG beziehen darf und über die korrekte Anwendung genauestens instruiert wurde:

- **Art. 2653 und Art. 2651, paro FLUOR Gel, Mint, Binaca**
- **Art. 2678 und Art. 2677, paro AMIN FLUOR Gel, Frut**
- **Art. 2657 und Art. 2655, ELMEX Gel**

Datum:

Praxisstempel/ Unterschrift