



FAXBESTELLUNG

FAX: 0316/8035-1861

An: STGKK
Abteilung Abrechnung mit Vertragspartnern/
Heilmittelabrechnung

Tel: 0316/8035-1364, 1304

Substitutionsverschreibungsformular

Name: _____

VPNR: _____

Anzahl: _____

Bitte beachten: Bestellungen müssen immer spätestens bis zum ersten Freitag des ersten Monats eines Quartals bei der STGKK einlangen. **Die Auslieferung erfolgt am Ende des ersten Monats jeden Quartals.**

Stempel und Unterschrift