

Fragebogen Apotheken:

Name Apotheke: _____

Inhaber/in: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

Fax: _____

Ich wünsche weitere Informationen:

- Per Fax auf oben angegebene Nummer
- Telefonisch
- Auf dem Postweg
- Per E-Mail: _____
- Bitte senden Sie mir ein unverbindliches Angebot zu.
- Ich möchte nicht mehr kontaktiert werden. Bitte löschen Sie mich aus Ihrer Adressliste.

Angaben zur Methadonherstellung:

Wir produzieren im Monat _____ Ansätze à _____ Liter.

Angaben über die Ausstattung meiner Apotheke:

	vorhanden	Nicht vorhanden
1 ml Voll- oder Messpipette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Peleusball	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
100 µl Kolbenhubpipette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stoppuhr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum: _____

Unterschrift: _____