

Bestelformulier DAP®

Faxnummer 088 – 255 3750

DAP® Penicillin



DAP® Amoxicillin



DAP® Clavulanic



Product	Aantal
1. DAP® Penicilline	
2. DAP® 3 Amoxicilline	
3. DAP® 6 Amoxicilline	
4. DAP® Clavulaan	

Naam apotheek _____

Afleveradres _____

Postcode en plaats _____

Handtekening of stempel

Indien aanwezig graag stempel apotheek

Factuuradres

(indien anders dan afleveradres)

BTW-nummer

Postcode en plaats

Uitsluitend leverbaar met artsverklaring

Dit aanvraagformulier kunt u faxen naar 088 – 255 3750

of (zonder postzegel) opsturen naar:

Allergy Therapeutics Netherlands B.V.

Antwoordnummer 330

3800 VB AMERSFOORT