

**BESTELFORMULIER NIET-GEREGISTREERD GENEESMIDDEL  
ELMISOL 5, 10, 25 of 50 (Levamisol 5, 10, 25 of 50 mg), 5 x 10 tabletten**

Dit formulier na invullen faxen aan ACE Apotheek  
F 036-523 68 14 (T 036-547 40 93 voor info)

Datum: ò ò ò / ò ò ò / 2012							Uw referentie:		
Naam apotheek:									
Inschrijving apotheek:							BTW-nr.:		
Afleveradres:									
Postcode:							Plaats:		
<input type="checkbox"/> Dit adres is tevens het factuuradres							Tel.:		
							Fax:		
<input type="checkbox"/> Het factuuradres is anders, nl.:									
Postcode:							Plaats:		

<b>ELMISOL 5 (50 tabletten)</b> <b>ELMISOL 10, 25, 50 (5 x 10 tabletten)</b> (Levamisol 5, 10, 25 of 50 mg)				
Indicatie: Nefrotisch syndroom Anders:				
Leeftijd patiënt: ____ jaar	Gewicht patiënt: ____ kg			
Recept aanwezig:	ja    nee			
Bewustheidsverklaring aanwezig:	ja    nee			
Te bestellen verpakkingen:		Aantal:	AIP:	Z-Index:
<b>ELMISOL 5 (50 tabletten)</b>			" 90,00 (excl. BTW)	15480372
<b>ELMISOL 10 (5 x 10 tabletten)</b>			" 75,00 (excl. BTW)	15480380
<b>ELMISOL 25 (5 x 10 tabletten)</b>			" 75,00 (excl. BTW)	15480399
<b>ELMISOL 50 (5 x 10 tabletten)</b>			" 75,00 (excl. BTW)	15480402
Stempel van de apotheek:				
Naam apotheker:				
Handtekening:				

**LEVERING VOLGENS ARTIKEL 3.17 VAN DE REGELING GENEESMIDDELENWET**