



Modulo di autorizzazione



Ricordarsi di salvare il documento sul desktop o su file al termine della procedura. Se si chiude prima di salvare, le modifiche apportate a questo documento andranno perdute!

Nome del paziente		Paese	
Indirizzo		Telefono (obbligatorio)	
Codice postale		e-mail	
Città			

Nome del medico		Data, Timbro (obbligatorio)	
Indirizzo			
Codice postale			
Città			
Clinica / Ospedale			
Firma	X		

Restituire il modulo compilato a

Centro Assistenza Clienti I, electroCore Germany GmbH:

Loxess Pharma GmbH

Linea diretta di registrazione

Linea diretta: +49 (0) 8171 414-300

Fax: +49 (0) 8171 414-372

e-mail: electrocore_de@distributioncenter.de

LOXCESS
pharmalogistics

Loxess Pharma GmbH
Pfaffenrieder Strasse 5
D-82515 Wolfratshausen

Internal Use Only

Form received (date)	
Date Customer Created	
Customer ID	