

SCHRITT 1 BESTELLVORGANG

PATIENTENINFORMATIONEN

Name

Adresse

Postleitzahl

Stadt

Land

Tel. (Pflichtfeld)

E-Mail

ÄRZTLICHE GENEHMIGUNG

Name des Arztes

Adresse

Postleitzahl

Stadt

Land

Klinik/Krankenhaus

Unterschrift

Datum

Stempel (Pflichtfeld)

NUR FÜR DEN INTERNEN GEBRAUCH

Datum des Eingangs

Kundenerstellungsdatum

Kunden-Nr.



Senden Sie das ausgefüllte Formular bitte an:

Loxxess Pharma GmbH
im Auftrag von **electroCore, Inc.**
Amberger Straße 1-3
D-82538 Geretsried-Gelting

Registrierung-Hotline: +49 (0) 800 80 44 202
E-Mail: gammacorepatientservice@electrocore.com
Fax: +49 (0) 8171 483 58 390