

Tilmeldingsblanket til PBS på Ballerup Apotek v/MRC

Til trækning af skyldigt beløb af varekøb på Ballerup Apotek

Navn _____

Adresse _____

Postnr. _____ By _____

Tlf.nr. _____

Cpr.nr: _____ - _____ eller CVR: _____

Pengeinstitut:

Reg.nr.

Kontonummer

Dato _____ Underskrift _____

Returneres til administrationen i udfyldt stand, så videregiver vi den til apoteket.

