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.