

0.-

per i controlli medicinali
per i controlli acquisti
per i costi di spedizione

Gli assicurati Multimed beneficiano di uno SCONTO
PERMANENTE DEL 14% sui farmaci generici.



Dove la sua salute è al
centro dell'attenzione.

In caso di domande il nostro Servizio
clienti sarà lieto di assisterla al **numero
di telefono 032 686 20 20.**

*Solo per i nuovi clienti con prescrizione
medica permanente

24MSE0042_DFIE_a

Modulo di ordinazione

(Compilare e contrassegnare con una crocetta la casella
corrispondente)

Ordino i miei farmaci secondo la/e ricetta/e
allegata/e

Signora Signor

Lingua: DE FR IT EN

Cognome _____

Nome _____

Via/N. _____

NPA/Località _____

Telefono _____

E-mail _____

Data di nascita _____

Desidero, se possibile, che i miei farmaci originali siano
sostituiti da un farmaco generico.

Data di consegna desiderata _____

I miei dati assicurativi:

(Compilare o allegare la copia della tessera d'assicurato)

Assicurazione di base _____

N. di assicurazione _____

Assicurazione complementare _____

N. di assicurazione _____

La preghiamo di inviarci la ricetta originale unitamente al presente
foglio di risposta. Può affrancare la sua busta con il francobollo
stampato a pagina 2.

Questionario relativo allo stato di salute

La compilazione del questionario relativo allo stato di salute è
facoltativa. Maggiori informazioni sull'utilizzo dei vostri dati personali
sono disponibili nella Dichiarazione relativa alla protezione dei dati
all'indirizzo www.mediservice.ch/protezione-dei-dati.

Altezza _____ cm

Peso attuale _____ kg

Soffre di uno dei seguenti disturbi alla salute?

Diabete Malattie cardiovascolari

Ipertensione Malattie epatiche

Asma bronchiale Malattie renali

Disturbi della coagulazione (emofilia)

Altre malattie, se sì, quali?

Sono presenti intolleranze o allergie?

Se sì, quali?

Quali farmaci assume oltre a quelli indicati sulla
sua ricetta?

È in stato di gravidanza? sì no

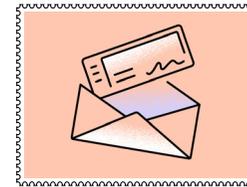
Se sì, indicare la data di nascita prevista del
bambino:

Sta allattando? sì no

Data _____

Firma _____

02607



GAS/ECR/ICR

Nicht frankieren
Ne pas affranchir
Non affrancare

A

50068214
000001



DIE POST



MediService AG
Ausserfeldweg 1
4528 Zuchwil



Indicazione

Si noti che l'ordine viene attivato **automaticamente** quando MediService riceve il nuovo modulo d'ordinazione.

Se **non** si desidera che ciò avvenga, si prega di **annotarlo** o di far annotare dal medico direttamente sulla ricetta.