

Gebühr frei

Krankenkasse bzw. Kostenträger

**Linden – Apotheke / Aesculap-Apotheke**

~~Gebührpflicht~~

Name, Vorname des Versicherten

**Beethovenstraße 16**

geb. am

noctu

**09405 Zschopau**

**01.01.2013**

Sonstige

**hanke-apotheke@t-online.de**

Unfall

Kostenträgerkennung

Versicherten-Nr.

Status

**Tel.: 0 3 7 2 5 / 2 3 8 1 4**

**Spitzen Team**

Arbeitsunfall

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

**ab sofort**

BVG	Hilfs- mittel	Impf- stoff	Spr.-St. Bedarf	Begr.- Pflicht	Apotheken-Nummer / IK
6	7	8	9		

Zuzahlung	Gesamt-Brutto

Arzneimittel-/Hilfsmittel-Nr.	Faktor	Taxe
1. Verordnung <b>Mo. , Mi. , Fr.</b>	<b>8.00</b>	<b>– 18.00 Uhr</b>

2. Verordnung <b>Di. , Do.</b>	<b>8.00</b>	<b>– 18.30 Uhr</b>
-----------------------------------	-------------	--------------------

3. Verordnung <b>Sa.</b>	<b>8.00</b>	<b>– 12.00 Uhr</b>
-----------------------------	-------------	--------------------

**Rp.** (Bitte Leerräume durchstreichen)

~~aut idem~~

**1 x Apotheker /in (m/w/d)** ( in Voll- oder Teilzeit, engagiert und mit Freude an der Arbeit)

~~aut idem~~

**1 x Pharmaziepraktikant /in (m/w/d)**

aut idem

Wir bilden aus und unterstützen Sie bei Ihrer Vorbereitung auf das 3. Staatsexamen. Wir bieten Ihnen einen abwechslungsreichen Arbeitsplatz, ein freundliches Team und die Möglichkeit einer Festanstellung nach Abschluss der Prüfung

**666d**

--	--	--	--	--	--

Abgabedatum  
in der Apotheke

Bei Arbeitsunfall  
auszufüllen!

Unfalltag	Unfallbetrieb oder Arbeitgebernnummer

Vertragsarztstempel

Linden-Apotheke  
Beethovenstr. 16  
09405 Zschopau  
Tel.: 03725/23814

Aesculap-Apotheke  
Paul-Bertz-Str. 12  
09120 Chemnitz  
Tel.: 0371/2806310

Unterschrift des Arztes  
Muster 16 (10.2014)