Bestellschein
(mit Musterrezept zur Vorlage bei Ihrem Arzt)

noma ◦ med
Ihr zertifizierter Homecare-Partner

Name: _____

Vorname: _____

Adresse: _____

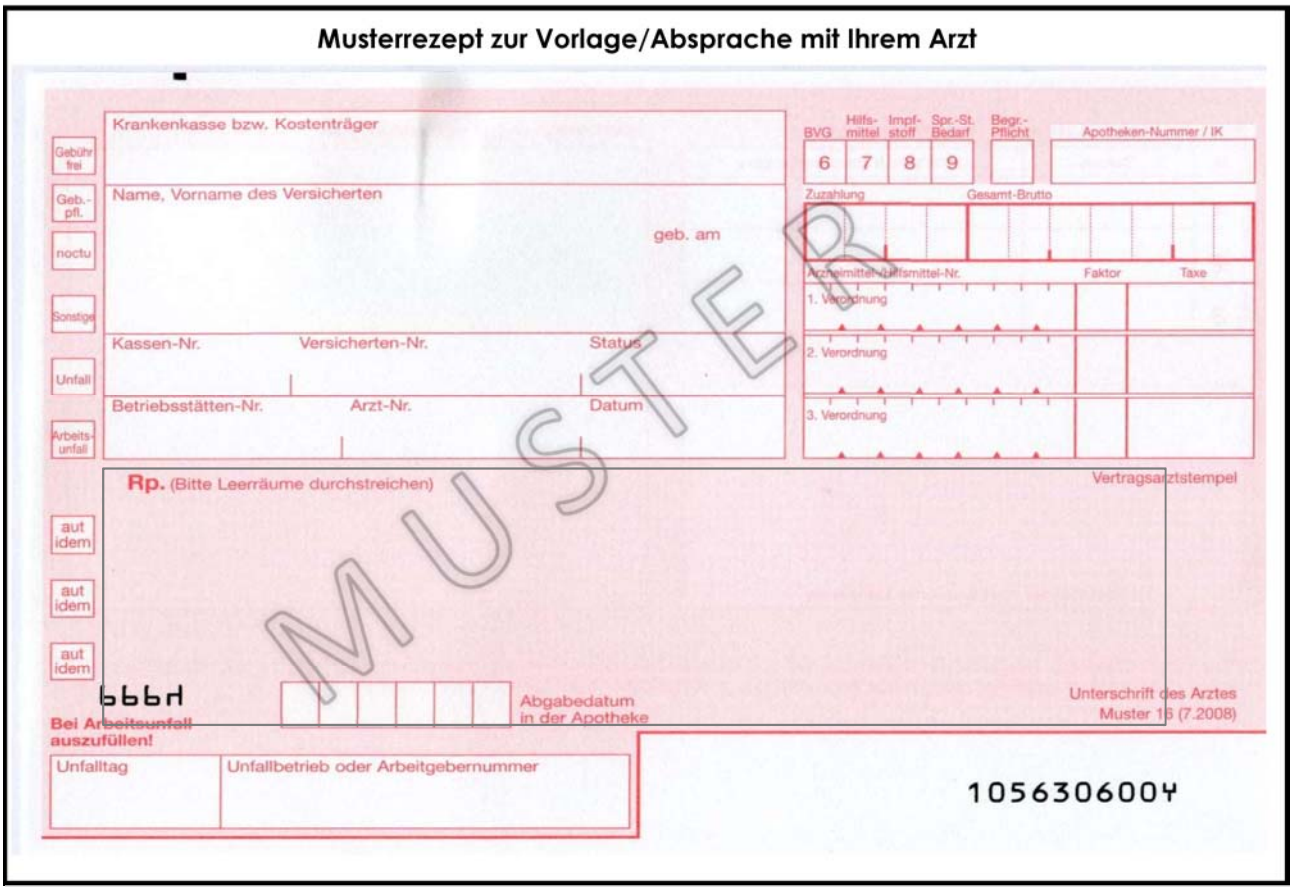
PLZ, Ort: _____

Telefonnummer: _____ Verkäufercode: _____

Krankenkasse: _____

Zuzahlungsbefreit: Nein ☐ Ja ☐ (Bitte eine Kopie vom Befreiungsausweis beilegen)

Musterrezept zur Vorlage/Absprache mit Ihrem Arzt



Sie können uns Ihre Bestellung gerne vorab per Fax oder auf unserer Internetseite unter http://www.nomamed.de/bestellung zukommen lassen.

Senden Sie uns im Anschluss Ihr Rezept im Original per Post zu. Bitte haben Sie Verständniss, dass wir Ihnen die Ware erst zusenden können, wenn uns das Rezept im Original vorliegt und die Kostenübernahme mit Ihrer Krankenkassen geklärt ist.

Medizinische Hilfsmittel sind aus hygienischen Gründen vom Umtausch ausgeschlossen.

Ort, Datum _____ Unterschrift Kunde _____

noma ◦ med GmbH
Kreuzacker 2 · 31177 Harsum
Telefon: (0 51 27) 98 57 – 0
Fax: (0 51 27) 93 11 40
E-Mail: info@nomamed.de
Internet: www.nomamed.de