



**i** Ihre **KLEBER** Auswahl

- SANFT
- NORMAL

Dieses Bestellformular bitte faxen an: **05207 991688-28**

oder: 05207 927947 oder per E-Mail: bestellung@tshs.eu · bei Rückfragen gern anrufen: 05207 991688-0

Kundennummer:

Adresse/Apothekenstempel:

### 1 Für **AUGENARZTPRAXEN**

Bitte kreuzen Sie die passende Größe an.

- JUNIOR** ca. 67 x 50 mm · bis 2 Jahre · PZN 17186090
- MEDIUM** ca. 76 x 54 mm · von 2 bis 4 Jahren · PZN 17186109
- REGULAR** ca. 85 x 59 mm · ab 4 Jahren · PZN 17186115

### 3 Für **APOTHEKEN**

Bitte **übermitteln Sie uns keine Patientenrezepte.**

Vorgangsbezeichnung (zur eindeutigen Zuordnung)

### 2 **LIEBE ELTERN**, bitte wählen Sie mit Ihrem Kind die gewünschten Pflastermotive aus und auch zwischen dem **sanften** oder dem **normalen Kleber** (Ankreuzmöglichkeit links).

Beachten Sie die Mindestmenge von 10 Pflastern pro Motiv. Die Gesamtmenge der ausgewählten Pflaster muss **100 Stück** betragen.

