



Firma  
Med Trust Handelsges.m.b.H  
Gewerbepark 10  
7221 Marz

Adresse:  
Österreichische  
Gesundheitskasse  
Kremser Landstraße 3  
3100 St. Pölten  
E-Mail: diabetikerbedarf-12@oegk.at  
Fax: 05 07 66 12 34 82

# BESTELLSCHEIN

## BLUTZUCKERTESTSTREIFEN, LANZETTEN & PENNADELN für Versicherte der ÖGK

Bitte füllen Sie dieses Bestellformular in BLOCKSCHRIFT aus und senden Sie es an Ihre ÖGK Landesstelle

### 1) Personendaten

nur bei Mitversicherung auszufüllen	<b>Name (Patientin/Patient), Titel</b>	
	<b>Vorname (Patientin/Patient)</b>	
	<b>Straße</b> Lieferadresse	
	<b>PLZ / Ort</b>	
	<b>SVNr. / Geburtsdatum Patientin/Patient</b>	
	<b>Telefonnummer</b> für Rückfragen	
	<b>SVNr. / Geburtsdatum Versicherte/Versicherter</b>	
	<b>Name (Versicherte/ Versicherter), Titel</b>	
<b>Vorname (Versicherte/ Versicherter)</b>		

### 2) Bestellung

Anz.	Produkt
___ Pkg.	Wellion CALLA Blutzuckerteststreifen à 50 Stk.
___ Pkg.	Wellion LUNA Blutzuckerteststreifen à 50 Stk.
___ Pkg.	Wellion GALILEO Blutzuckerteststreifen à 50 Stk.
___ Pkg.	Wellion MICRO Blutzuckerteststreifen à 50 Stk.
___ Pkg.	Wellion NEWTON Blutzuckerteststreifen à 50 Stk.
___ Pkg.	Wellion Lanzetten 28g à 200 Stk.
___ Pkg.	Wellion Lanzetten 33g à 200 Stk.
___ Pkg.	Wellion Safety Lanzetten 23g à 200 Stk.
___ Pkg.	Wellion Safety Lanzetten 28g à 200 Stk.



Firma  
Med Trust Handelsges.m.b.H  
Gewerbepark 10  
7221 Marz

Adresse:  
Österreichische  
Gesundheitskasse  
Kremser Landstraße 3  
3100 St. Pölten  
E-Mail: diabetikerbedarf-12@oegk.at  
Fax: 05 07 66 12 34 82

___ Pkg.	Wellion MEDFINE plus Pennadeln 4mm à 100 Stk.
___ Pkg.	Wellion MEDFINE plus Pennadeln 5mm à 100 Stk.
___ Pkg.	Wellion MEDFINE plus Pennadeln 6mm à 100 Stk.
___ Pkg.	Wellion MEDFINE plus Pennadeln 8mm à 100 Stk.
___ Pkg.	Wellion MEDFINE plus Pennadeln 10mm à 100 Stk.
___ Pkg.	Wellion MEDFINE plus Pennadeln 12mm à 100 Stk.
___ Pkg.	NovoFine Pennadeln 4mm à 100 Stk.
___ Pkg.	NovoFine Pennadeln 6mm à 100 Stk.
___ Pkg.	NovoFine Pennadeln 8mm à 100 Stk.

*Eine Bestellung ist nur mit ausgefülltem Bestellschein und Ihrer Unterschrift gültig!*

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift Patientin/Patient: \_\_\_\_\_