

Musterbestellung

Kundenservice

Tel: 030 720 82 400

Fax: 030 200 951 200

E-Mail: Kundenservice@kade.de

Hiermit bestelle ich folgende Muster:

gemäß § 47 Abs. 4 AMG

Kade Flora® Milchsäurebakterien Vaginalkapseln

KadeZyklus® bei prämenstruellem Syndrom

KadeZyklus® bei Krämpfen

KadeZyklus® bei starken Blutungen

Posterisan® akut Salbe

Postericort® Salbe

Faktu®lind Hämorrhoidensalbe

DoloPosterine® N Salbe

Menge:

Bitte eintragen. Max. 2 Stk./Jahr

Außerdem bestelle ich folgendes Musterpaket (Art.-Nr. 95233):

Folgende Muster/Proben sind enthalten:

KadeFlora® Milchsäurekur (Muster, 10 Stück)

KadeFlora® Milchsäurebakterien mit Biotin (Art.-Nr. 33018, 2 Stück)

KadeFlora® Milchsäureovula (Art. Nr. 53038, 2 Stück)

KadeHydro® Befeuchtungsovula (2 Stück)

Posterisan® protect 10g Salbe (Muster, 2 Stück)

Außerdem bestelle ich folgende Artikel:

KadeFemin® Sachet-Display (30x Intimwaschlotion, 30x Intimpflegecreme, Art.-Nr. 32907)

KadeFemin® Intimschutzsalbe Sachets im 40er Tray (Art.-Nr.: 52907)

KadeHydro® BFC 5ml Musterschütte (Art.-Nr. 95127)

Posterisan® protect 10 Zäpfchen (2 Stück, Art.-Nr. 06021)

- Einwilligungserklärung:** Ich willige ein, Werbung für Produkte und Services von Unternehmen der DR. KADE Unternehmensgruppe (nachfolgend „DR. KADE“) per Fax und/oder E-Mail zu erhalten. Die von mir unten angegebenen Daten verwendet DR. KADE zum Zweck der Zusendung der Werbung. Dabei willige ich auch ein, dass Daten zu meinem Nutzungsverhalten erhoben werden, um mir personalisierte Inhalte anzubieten. Ich kann diese Einwilligung jederzeit widerrufen: per Telefon: +49 30 72082-0, per Fax: 030 200 951 200, per E-Mail: datenschutz@kade.de oder per Post: DR. KADE, Rigistraße 2, 12277 Berlin. Hierfür entstehen keine anderen Übermittlungskosten als nach den Basistarifen. Weitere Informationen zum Datenschutz finden Sie auf der Webseite: <https://www.kade.de/datenschutzerklaerung/>

Name der Ärztin/des Arztes (Pflichtfeld)

Adresse (Pflichtfeld)

E-Mail-Adresse (Pflichtfeld)

Fax-Nr. (Pflichtfeld)

Datum (Pflichtfeld)

Ihr ausgefülltes Rückfax senden Sie bitte an folgende Fax-Nummer: 030 200 951 200

Praxisstempel, Unterschrift der Ärztin/des Arztes