



Versorgungsschein für die Abgabe einer kostenfreien Milchpumpe* für Asylsuchende ohne GKV Karte.

Bitte ankreuzen

Handmilchpumpe

elektrische Pumpe

Name der Mutter _____

Registrierungsnummer _____

ggf. Adresse der Mutter _____

Empfehlung von
Hebamme/Krankenhaus/Stempel

PZN / HPN Artikel

Apotheke/Stempel/abgegeben am/von

*solange bis das Kontingent erschöpft ist

Witzleben Apotheke 26
Kaiserdamm 26 | 14057 Berlin

Telefon 030 – 93 95 20 00
Fax 030 – 93 95 20 20

info@witzleben-apotheke26.de
www.witzleben-apotheke.de

