

MUSTERANFORDERUNG

gemäß § 47 AMG, Abs. 3 und 4



**Wir verschicken maximal 3 Muster an eine deutsche Praxisadresse.
Bitte ankreuzen, abstempeln und an Dreluso schicken oder an die 05152/94 24-38 faxen**

Dreluso Pharmazeutika
Dr. Elten & Sohn GmbH
Marktplatz 5
31840 Hessisch Oldendorf

BITTE MAXIMAL 3 MUSTER ANKREUZEN

Stoffwechsel

- Gelum-Tropfen
- Gastriselect N
- Galloselect-Tropfen
- Vater Philipps Magenfreund
- Vater Philipps Aktiv Kur

Bitterstoffe

- Bitterselect

Harnwege

- Nephroselect
- Uroselect Tbl.
- Urofossat

Atemwege

- Sinuselect N
- Bronchiselect
- Heuschnupfenmittel Dreluso
- Influselect (vormals Toxiselect)

Herz- und Kreislauf

- Cardioselect N
- Corselect N
- Venoselect N
- Selectafer B12

Immunsystem

- Cynobal

Bewegungsapparat

- Chiroselect
- Rheumaselect
- Arthriselect

Stress, Nervosität, Schlafstörungen

- Sedaselect Tropfen
- Neuroselect
- Vater Philipps Nervenstärker

- Heilpraktiker/-in
- Arzt/Ärztin (Fachgruppe) _____
- Ich gebe mein Einverständnis für den Dreluso-Newsletter-Service (Zustimmung nach EU-Datenschutzverordnung (DSGVO))

E-Mail-Adresse für den Newsletter _____

Ich bin an der Zusendung von folgendem Informationsmaterial interessiert:

- Kompendium
- Patientenbroschüren, Anzahl: _____
- Infomaterialien zu folgenden Einzelprodukten:

Praxisöffnungszeiten: _____

Beste Besuchszeit: _____

Praxisstempel oder handschriftlich ausfüllen

Titel, Name, Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Datum, Unterschrift

Hiermit stimme ich der Datenspeicherung nach DSGVO zu.
Dreluso versichert, die Daten nicht an Dritte weiterzugeben.