

Bestellformular XELJANZ®

**Bitte per Fax an
 (01) 272 45 55-65
 senden.**

PZN	Artikel	Menge
4464185	XELJANZ FTBL 5MG 56 STK	
4480600	XELJANZ FTBL 10MG 56 STK	

Bitte um zusätzliche Zustellung eines Patientenpasses sowie indikationsspezifischem Informationsmaterial

Indikation:

Rheumatoide Arthritis Colitis ulcerosa
 Psoriasis-Arthritis

Datum

Stampiglie und Unterschrift

Bei Fragen zu Ihrer Bestellung wenden Sie sich bitte an unsere Auftragsbearbeitung, vorzugsweise via Email an orderhandling@pharmacom.at.

Es gelten die allgemeinen Verkaufs- und Lieferbedingungen (Stand 01.01.2016).

Änderungsindex

Ausgabe	Durchgeführte Änderung	Ersetzt	Gütig ab
F0-24.01 XELJANZ	Neues Dokument	---	2019-03-01