



HILOTERM RESERVATIEFORMULIER

Contactgegevens

VOORNAAM:

ACHTERNAAM:

STRAAT: NR:

POSTCODE:

GEMEENTE:

EMAIL:

TELEFOONNUMMER:

BEHANDELLENDE ARTS:

ZIEKENHUIS:

Reservatieperiode

DATUM OPHALING:/...../.....

DATUM TERUGGAVE:/...../.....

Handtekening

.....

Gelieve dit formulier volledig ingevuld en ondertekend terug te sturen naar hilothem@wameda.be of af te geven in de apotheek.