

# Musteranforderung

gemäß § 47 Abs. 3 und 4 AMG

bitte senden an **info@pankreatan.de** oder per Fax an **04122 712-632**

Stempel

Name: .....

E-Mail: .....

Ich bitte um **Übersendung von (bitte ankreuzen):**

Pankreatan® 10.000

Pankreatan® 36.000

Pankreatan® 25.000

Pankreatin 40.000 Nordmark®

Datenschutz-Hinweis: Durch Angabe Ihrer Kontaktdaten (Name, Adresse, E-Mail und ggf. Telefonnummer) erklären Sie sich damit einverstanden, dass die Nordmark Pharma GmbH Ihnen regelmäßig Informationen rund um das Thema Erkrankungen des Verdauungssystems, leichte Sportverletzungen / Venenentzündungen und zu Ihren Arzneimitteln postalisch oder per E-Mail zuschickt. Ihre Einwilligung können Sie jederzeit postalisch oder per E-Mail (info@pankreatan.de) gegenüber der Nordmark Pharma GmbH für die Zukunft widerrufen. Bereits zugeschickte Informationen verlieren jedoch nicht ihre rechtliche Wirksamkeit. Weitergehende Informationen zur Datenverarbeitung finden Sie auf [www.pankreatan.de/datenschutz](http://www.pankreatan.de/datenschutz).

Datum: .....

Unterschrift des Arztes: .....