

Name: _____ Geburtsdatum: _____ Alter: _____ Jahre

Anschrift:

Ich bin Risikopatient aufgrund einer Vorerkrankung: ja / nein

Krankenversicherung: _____

Bestätigung der Angaben, über den Erhalt von **3 kostenlosen Schutzmasken für den Zeitraum bis 31.12.2020** und Reservierung für 2021 (s. unten):

Unterschrift

Datumsstempel der Apotheke



Reservierung von Schutzmasken für 2021

Mit meiner Unterschrift reserviere ich zugleich für das Jahr 2021 **2 x je sechs weitere Schutzmasken** (2 € Eigenanteil für jeweils sechs Masken) zur Abholung in der Gertruden Apotheke.

Als Beleg zur Abholung der Reservierung gilt **dieser Beleg im Original in Kombination mit dem Berechtigungscoupon** meiner Krankenversicherung (wird per Post zugesendet).

Datumsstempel Abholung 2020

Datumsstempel 1. Abholung 2021

Datumsstempel 2. Abholung 2021