Beschwerdeformular

SÄCHSISCHE
LANDESAPOTHEKERKAMMER
Körperschaft des öffentlichen Rechts

Absender der Beschwerde:

Vorname*: _____

Nachname*: _____

Straße und Hausnr.*: _____

PLZ*: _____

Ort*: _____

E-Mail: _____

Telefon: _____

☐ Ich bin damit einverstanden, dass die von mir angegebenen Daten elektronisch erhoben und gespeichert werden. Meine Daten werden dabei nur zweckgebunden für die Bearbeitung und Beantwortung meiner Beschwerde genutzt.

Grund der Beschwerde:

Meine konkrete Beschwerde lautet*:

Ich erwarte folgendes:

☐ Ich habe eine ärztliche Verordnung vorgelegt.

Pillnitzer Landstraße 10 · 01326 Dresden · Telefon 0351 - 2 63 93-0 · Fax 0351 - 2 63 93-500 · sekretariat@slak.de · www.slak.de

Betroffene Apotheke

Name* _____

Straße und Hausnr.: _____

PLZ: _____

Ort*: _____

Name der bedienenden Mitarbeiterin/des Mitarbeiters: _____

*Pflichtfelder