

Absender:

Name:

Straße:

PLZ/Ort:

Entgelt
bereits
bezahlt

**Ärztliche
Verordnung**

FK 5035 5984 03 C000 0015
KE **Deutsche Post** 
RESPONSEPLUS STANDARD



KAPHINGST GmbH
- Niederlassung Fulda -
Brauhausstraße 4
35037 Fulda