

Firma

**ACHTUNG:**

Für die korrekte Funktion des nebenstehenden  
Auswahlfeldes muss JavaScript manuell aktiviert werden.  
Beachten Sie bitte den Warnhinweis im Adobe Reader!

## Bestellung von Zubehör für Blutzuckermessgeräte und Insulinpumpen

Versicherte/r: Vor- und Familienname:  
Sozialversicherungsnummer:

Angehörige/r: Vor- und Familienname:  
Sozialversicherungsnummer:

Lieferadresse:

**Meine zuständige Landes-/Außenstelle/GBZ:**

Geschäftsstelle Wien (zuständig für die Durchführung  
von Bestellungen für DiabetikerInnenartikel für alle  
ehemaligen KundInnen der VAEB unabhängig vom  
Wohnsitz)

Ich bin  insulinpflichtig  nicht insulinpflichtig

Ich ersuche Sie, mir für die nächsten sechs Monate folgendes Zubehör beizustellen:

Artikel	Anzahl	Packungsgröße

Bei allfälligen Rückfragen bin ich tagsüber erreichbar unter der Tel.Nr.:

Ich benötige neue Bestellscheine  ja  nein

Datum:

Unterschrift: