

AANVRAAGKAART

KIKKEROPFLEURDOOS®

HÉT STEUNTJE IN DE RUG VOOR KANKERPATIËNTEN

Ik ontvang graag een Kikkeropfleurdoos via de apotheek*.

Naam patiënt

Geboortedatum man / vrouw

Adres

Postcode Plaats

Datum Handtekening

Mijn Kikkeropfleurdoos wordt opgehaald door:

.....

Handtekening voor ontvangst

- in te vullen door de apotheek -

Naam apotheek

Plaats

Datum

* Kijk op www.kikkeropfleurdoos.nl voor een deelnemende apotheek bij u in de buurt.