



## OVERSCHRIJFFORMULIER

**Hierbij verklaart ondergetekende de geneesmiddelen vanaf heden te willen halen bij Wijkapotheek Leuken**

Vorige Apotheek:

.....

Ondergetekende machtigt Wijkapotheek Leuken om zijn / haar medicatiegegevens op te vragen bij de vorige apotheek.

**SVP HET LSP AANZETTEN!!** Of een actuele medicatieoverzicht faxen.

Naam:.....

Geboortedatum:.....

Adres:.....

Datum: ..... Handtekening: .....

Afzender: Wijkapotheek Leuken  
St Jobplein 12 – 6004 JZ Weert  
T: 0495 200012  
F: 0495 799030  
Mail: [wijkapotheekleuken@ezorg.nl](mailto:wijkapotheekleuken@ezorg.nl)