



logopaediaustria

Antragsformular für Schutzmaterial

Name (der/des Logopäd_in):

Ihre Gesundheitsberuferegisternummer:

Telefonnummer:

Vertragspartner_in eines Sozialversicherungsträgers: JA NEIN

Zustelladresse:

Benötigt wird (bitte ankreuzen):

- Händedesinfektionsmittel (max. 1 Liter)
- Oberflächendesinfektionsmittel (max. 1 Liter)
- Handschuhe unsteril S / M / L (max. 1 Packung)
- Atemschutzmaske FFP2 (max. 8 Stück) Stückanzahl _____
- Schutzkittel (Schutzmantel) (max. 1 Packung)

Mit diesem Formular können Sie **einmal im Monat** Ihre Bestellung tätigen.

Je nach Verfügbarkeit werden Ihnen diese per Post zugesandt.

Pro Bestellung wird ein Betrag von € 10,50 erhoben. Dieser ergibt sich aus dem Verpackungsmaterial, Portokosten usw. Die Rechnung dafür finden Sie in Ihrem Paket.

Ort, Datum

Unterschrift