



FÜR IHRE APOTHEKE

Lindaven®

Liebe Apothekerin,
Lieber Apotheker,

ich bitte Sie um folgende Bestellung:

Anzahl	Inhalt	PZN	
____Packung(en) von Lindaven®	30 ml (für bis zu 40 Tage)	14264872	
____Packung(en) von Lindaven®	50 ml (für bis zu 66 Tage)	14264889	

Coupon abgeben – diskret bestellen – wirksam bekämpfen

Einfach die gewünschte Bestellmenge ausfüllen
und der Apothekerin/dem Apotheker Ihres Vertrauens übergeben.

www.lindaven.de • info@lindaven.de