



Bitte vollständig ausfüllen und an [info@hecpharm.de](mailto:info@hecpharm.de) senden  
oder per Fax ( 030 3300 7723 )

## BERECHNUNG LAGERWERTVERLUSTE

Apothekenstempel  
(Adresse & Tel):

Belegnummer der Apotheke:

Preissenkung zum: \_\_\_\_\_

*Vergütung erfolgt rückwirkend für 3 Monate.*

Menge	Präparat	PZN	AEP (alt)	AEP (neu)	Differenz	Wert (€)

**Um Verzögerungen zu vermeiden, bitten wir Sie, Ihre Bankverbindung u. Ihre Email Adresse anzugeben:**

Kreditinstitut: \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_

Email Adresse: \_\_\_\_\_

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_