


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	

**Coupon abgeben – diskret bestellen – wirksam bekämpfen**

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

[www.lindaven.de](http://www.lindaven.de) • [info@lindaven.de](mailto:info@lindaven.de)