

Meine Bestellung

Ihre Daten

Bitte machen Sie folgende Angaben:

Kd-Nummer:	Datum:
Name, Vorname:	Geburtsdatum:
Straße / Haus-Nr.:	PLZ, Ort:
Tel. Nr. für Rückfragen:	Fax Nr.:
Versicherten Nr.:	E-Mail:

Bestellung

Medikamente auf Rezept

Ich lege für rezeptpflichtige Medikamente Originalrezept(e) bei.

Bei Zuzahlungsbefreiung ist eine Abrechnung mit der Krankenkasse möglich, wenn diese auf dem Rezept vermerkt ist, oder Sie uns eine Kopie Ihres gültigen Befreiungsausweises einreichen.

Menge: <input type="text"/>	Produktname: <input type="text"/>	PZN (falls bekannt): <input type="text"/>
Menge: <input type="text"/>	Produktname: <input type="text"/>	PZN (falls bekannt): <input type="text"/>
Menge: <input type="text"/>	Produktname: <input type="text"/>	PZN (falls bekannt): <input type="text"/>
Menge: <input type="text"/>	Produktname: <input type="text"/>	PZN (falls bekannt): <input type="text"/>
Menge: <input type="text"/>	Produktname: <input type="text"/>	PZN (falls bekannt): <input type="text"/>
Menge: <input type="text"/>	Produktname: <input type="text"/>	PZN (falls bekannt): <input type="text"/>
Menge: <input type="text"/>	Produktname: <input type="text"/>	PZN (falls bekannt): <input type="text"/>
Menge: <input type="text"/>	Produktname: <input type="text"/>	PZN (falls bekannt): <input type="text"/>

Zahlung / Versand

Ich möchte einen Versand mit:

DHL (3,45 €) **DPD** (2,95 €)

Ja, ich habe ein Kassenrezept beigelegt oder min. 35 € bestellt und erhalte meine Bestellung versandkostenfrei.

So möchte ich bezahlen:

<input type="radio"/> Per Bankeinzug (ab der zweiten Bestellung, Warenwert unter 200 €)	<input type="radio"/> Per Vorkasse
Kontoinhaber (falls abweichend): _____	Bankverbindung: Apotheker -und Ärztebank Köln Kto.-Nr. 0303658511 BLZ : 37060615
Konto-Nr.: _____ BLZ: _____	
Geldinstitut: _____	

- Ich wünsche ausschließlich eine persönliche Übergabe an mich durch die Post oder das Paketunternehmen.
- Die Bestellung kann auch bei einem Nachbarn abgegeben werden.
- Ich wünsche einen Rückruf, da ich noch Fragen habe. Bitten rufen Sie mich unter der oben genannten Nummer an.

Ort / Datum	Unterschrift
-------------	--------------

