

BESTELLEN SIE PER FAX: 03591 303235

IHRE ADRESSE (eMail-Adresse nicht vergessen!)

Name, Vorname _____
 Straße, Nummer _____
 PLZ, Ort _____
 Telefon _____ Fax _____ eMail _____

GGF. ABWEICHENDE LIEFERADRESSE

Name, Vorname _____
 Straße, Nummer _____
 PLZ, Ort _____

IHRE BANKDATEN

Ich zahle meine Bestellung per: Bankeinzug (nicht für Neukunden) Vorkasse*

Kontoinhaber _____
 IBAN _____ BIC _____
 Bank _____
 Ort, Datum _____ Unterschrift _____

* Bitte überweisen Sie den Betrag auf folgendes Konto: Deutsche Apotheker- und Ärztebank eG
 IBAN: DE30300606010504087666 · BIC: DAAEDEDXXX · Der Versand erfolgt erst nach Gutschrift auf unserem Konto.

BEI REZEPTPFLICHTIGEN MEDIKAMENTEN

Hiermit bestelle ich die auf den beiliegenden Rezepten verordneten rezeptpflichtigen Arzneimittel.

Kassenrezept(e) und / oder Privatrezept(e) (Bitte Anzahl eintragen.)

Ich bin zuzahlungsbefreit: Ja Nein Neukunde Kundennummer _____

MEDIKAMENTE OHNE REZEPT

| PZN (Artikelnummer) | Name des Artikels | Form | Packungsgröße | Anzahl | Preis |
|---------------------|-------------------|------|---------------|--------|-------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Es gelten unsere Allgemeinen Geschäftsbedingungen **Summe:**