

Medikamenten-Bestellung in der Altstadt-Apotheke

Bitte senden Sie mir folgende Medikamente zu:

(zzgl. 5,90 € innerhalb Deutschlands, ab Warenwert 50,- € versandkostenfrei, Versandkosten ins Ausland bitte erfragen)

Rechnungsadresse

evtl. abweichende Lieferadresse

Name, Vorname

Name, Vorname

Straße, Hausnummer (oder Kundennummer)

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

PLZ, Ort

Telefon (für Rückfragen)

E-Mail

Zahlungsweise

Bezahlung per Lastschrift: Bitte SEPA-Mandat einreichen **oder**

SEPA-Lastschriftmandat bereits eingereicht

Bestellung

Menge	Arzneimittel / Artikel / Stärke (evtl. Herstellerfirma)	Darreichungs- form	Packungs- größe	PZN (falls vorhanden)

Außerdem lege ich bei: ___ Kassenrezept(e) und/oder ___ Privatrezept(e) und bestelle diese Mittel

Krankenkasse: _____ Kostenträgerkennung (Krankenkassen-Nr.): _____

Ich bin zuzahlungsbefreit und lege eine Kopie meines Befreiungsausweises bei

Aut-Idem angekreuzt?

Ort, Datum

Unterschrift

(Mit meiner Unterschrift verpflichte ich mich zur Abnahme der bestellten Produkte. Arzneimittel sind per Gesetz vom Umtausch ausgeschlossen.)