BESTELLFORMULAR

Formular drucken

Bitte füllen Sie das Formular in Großbuchstaben aus!

Kunden-Nummer: |_|_|_|_|_|_|_|_|

Persönliche Daten

☐ Frau ☐ Herr

Vorname * Nachname *

Straße * Haus-Nr. *

PLZ * Ort *

Telefon tagsüber (für Rückfragen)

Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ) *

* Pflichtfeld.

Lieferadresse (wenn abweichend)

☐ Frau ☐ Herr

Vorname Nachname

Straße Haus-Nr.

Adresszusatz

PLZ Ort

Ihre Bankverbindung

Kontoinhaber

Kontonummer

BLZ

Bank

☐ Hiermit ermächtige ich die Apotheke die von mir zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit zulasten meines Kontos per Lastschrift einzuziehen.

Ort, Datum Unterschrift

Freiwillige Angaben

☐ Ich habe folgende gesundheitliche Beeinträchtigungen:

☐ Ich bin chronisch erkrankt an:

☐ Ich bin Schwanger: Woche |_|_|

Ich habe noch folgende Anmerkungen:

Rezeptpflichtige Medikamente

Kassen-Nummer ** Versicherungsnummer

Ich lege |_|_| Kassenrezept(e) und / oder |_|_| Privatrezept(e) bei.

(Tragen Sie bitte diese Arzneimittel **nicht** gesondert unten in die Bestellfelder ein)

☐ Mein Rezept enthält den Vermerk „aut idem“

Eine Kopie meines Befreiungsnachweises für Zuzahlungen ☐ liegt bei. ☐ liegt Ihnen bereits vor.

☐ Ja, ich bitte um Zusendung meines persönlichen Medikationsprofils.

** Pflichtfeld bei der Bestellung von rezeptpflichtigen Medikamenten.

Rezeptfreie Medikamente (Bitte hier **keine** Medikamente von Ihrem Rezept eintragen)

PZN (Bestellnummer) ***	Medikament / Artikel	Form (z.B. Tabl., Saft)	Packungsgröße (z.B. 50 g, 100 ml)	Anzahl
| | | | | | |				
| | | | | | |				
| | | | | | |				
| | | | | | |				
| | | | | | |				
| | | | | | |				

*** 7-stellige Nummer auf der Medikamentenpackung unter dem Strichcode.

Ich bestelle die oben aufgeführten Artikel zu den allgemeinen Geschäftsbedingungen der Apotheke

(Hinweis: Die AGB finden Sie auf unserer Homepage. Auf Wunsch senden wir Ihnen die AGB auch gern zu.)