

Bestellschein

(Bitte füllen Sie den Bestellschein in Großbuchstaben aus)

Anschrift		Lieferadresse (falls abweichend, bitte bei jeder Bestellung angeben)	
<input type="checkbox"/> Frau	<input type="checkbox"/> Herr	Geburtsdatum	
Name			
Vorname			
Straße, Nr.			
PLZ, Ort			
Telefon			
E-mail			
Kundennummer (falls vorhanden)			

Rezeptbestellung (Bitte diese Medikamente nicht gesondert unten in die Bestellzeilen eintragen.)

Für rezeptpflichtige Arzneimittel füge ich dieser Bestellung _____ (Anzahl) Rezepte bei.

Ich bitte um Stundung der halben Rezeptgebühr !!! Die Stundung erfolgt für _____ (max. 6) Monate.

Ich bin von der Zuzahlung befreit.

Eine Kopie des Befreiungsnachweises ist beigelegt habe ich Ihnen bereits zugesandt

Ich bestelle zusätzlich nachfolgende Produkte (Wir behalten uns vor bei gesundheitlichen Bedenken nach vorheriger Absprache die Arzneimittel auf geringere Mengen zu kürzen.)

	Artikelbezeichnung	PZN <small>(7-stellige Nr. auf der Packung, meist unter dem Strichcode) falls bekannt</small>	Packungsgröße <small>(z.B. 100 ml, 20 Stück) falls bekannt</small>	Menge	Preis in € <small>falls bekannt</small>
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					

Zahlungsarten (Vorkasse ist nicht möglich, sobald in der Gesamtbestellung nur eine gebührenpflichtige Rezeptbestellung enthalten ist.)

Vorkasse

Bankeinzug

Kontoinhaber		Kontonr.	
Name der Bank		Bankleitzahl	

Kreditkarte

Name	<input type="checkbox"/> MasterCard	<input type="checkbox"/> Visa	<input type="checkbox"/> American Express	Gültigkeit	
Kartennr.				Sicherheitsnr.	

Rechnung

Mit meiner Unterschrift akzeptiere ich die allgemeinen Geschäftsbedingungen der kur-apotheke24.
 (Diese finden Sie unter www.kur-apotheke24.de)

Ort, Datum	Unterschrift