

### Ihre Partnerapotheke

Name der Apotheke

Ort der Apotheke

### Ihre Kontaktdaten

Vorname Nachname

Straße Hausnummer

PLZ Ort

Telefon- oder Handynummer (für Rückfragen)

## BESTELLFORMULAR

Bitte füllen Sie das Formular in Großbuchstaben aus!

Kunden-Nummer: \_\_\_\_\_

### Lieferadresse (wenn abweichend)

Vorname Nachname

Firma

Straße Hausnummer

PLZ Ort

### Ihre Bankverbindung

Kontonummer

BLZ

Kontoinhaber

Bank

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

Ort, Datum

Unterschrift

### Bemerkungen oder Änderungen

### Rezepte

Ich lege \_\_\_\_\_ Kassenrezept(e) und / oder \_\_\_\_\_ Privatrezept(e) bei.  
(Tragen Sie bitte Arzneimittel **nicht** gesondert unten in die Bestellfelder ein.)

Ich bin zuzahlungsbefreit:  Ja  Nein  
(Legen Sie bitte einmalig eine Kopie Ihres Befreiungsnachweises bei.)

Ja, ich bitte um Zusendung meines persönlichen Medikationsprofils.

### Beschreibung

(Falls vorhanden) Pharma-Zentralnr. (PZN, siebenstellig)	Artikel/Arzneimittel	Darreichungsform (z.B. Tabletten, Salbe)	Packungsgröße (z.B. 100 Tabletten, 50 g)	Packungs- anzahl
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				

Ich bestelle die oben aufgeführten Artikel zu den mir bekannten allgemeinen Geschäftsbedingungen von [www.apotheke-24.org](http://www.apotheke-24.org). (Hinweis: Die AGB finden Sie auf unserer Homepage unter [www.apotheke-24.org](http://www.apotheke-24.org). Auf Wunsch senden wir Ihnen die AGB auch gern zu.)