



Bestellschein

Rechnungsadresse

Vorname:

Nachname:

Geburtstag:

Strasse:

PLZ / Ort:

Tel-Nr.:

Fax-Nr.:

Meine Bestellung soll an folgende abweichende Adresse geschickt werden.

Vorname:

Nachname:

Strasse:

PLZ / Ort:

Email:

Kunden-Nr:
(falls vorhanden)

Hiermit bestelle ich nachfolgend aufgeführte Artikel zu den mir bekannten Geschäftsbedingungen (AGB):
(Hinweis: Die AGB finden Sie auf der Homepage www.shop-apotheke.com; auf Wunsch schicken wir sie Ihnen auch gerne zu.)

Bestell-Nr. bzw PZN <small>(7-stellige Nummer auf der Packung)</small>	Artikelbezeichnung	Packungsgrösse <small>(z.B. 10 Tbl.)</small>	Menge	Gesamtpreis in Euro <small>(falls bekannt)</small>

Bitte Zahlungsart wählen und ankreuzen :

Ich zahle per Vorkasse:
Unsere Bankverbindung:
Kölner Bank
Kto. Nr: 90754130
BLZ: 37160087

Ich zahle per Lastschrift:
Bankverbindung eintragen:

Ich zahle per Kreditkarte:
Kreditkartennummer:

Verfallsdatum:

Visa Mastercard

Datum, Unterschrift _____

Bitte beachten Sie, dass dieses Formular nur eine Arbeitserleichterung für die Bestellung von individuell benötigten Arzneimitteln ist. Bitte sprechen Sie für die Feststellung Ihres persönlichen Arzneimittelbedarfs gegebenenfalls mit Ihrem Arzt.