



Persönliche Daten

Frau	Herr	_____	Krankenkasse	_____
		Firma		
Titel		Vorname	Versichertennummer	_____
Nachname			Telefon (tagsüber)	_____
Straße und Hausnummer			Telefon (abends)	_____
PLZ		Ort	Fax	_____
<input type="text"/>				
Kunden-Nr. (falls vorhanden)		Geburtsdatum	E-Mail	_____

Meine Bestellung soll an folgende, abweichende Adresse geschickt werden:

Vorname, Name	_____	Firma	_____
Straße und Hausnummer	_____	PLZ	Ort

Medikamente auf Rezept

Ich lege für rezeptpflichtige Medikamente Originalrezept(e) bei.

Aus Sicherheitsgründen erfolgt kein Versand von Medikamenten, die der BTM-Verordnung unterliegen.

Rezeptfreie Artikel

Artikel-Nr. (PZN*)	Artikelbezeichnung	Darreichungs- form**	Packungs- größe	Menge	Gesamtpreis (falls bekannt)

* Die 7-stellige PharmaZentralNummer finden Sie auf der Arzneimittelpackung, in der Nähe des Strichcodes ** z.B. Tabletten

Ja, ich habe ein Rezept beigelegt, meine Lieferung ist damit **versandkostenfrei!**

So möchte ich bezahlen

per Bankeinzug

Konto-Inhaber _____

Konto-Nr. _____ BLZ _____

Bankinstitut _____

Hiermit ermächtige ich Sie widerruflich, die von mir zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit zu Lasten meines Kontos einzuziehen. Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung.

per Rechnung

Vorkasse

Sonnen Apotheke
Sparkasse Bergkamen
BLZ: 410 518 45
Kto.Nr.: 000 190
IBAN: DE 85410518450000000190
SWIFT: WELADED1BGK

Abholung

Nachnahme

Mit meiner Unterschrift akzeptiere ich die Allgemeinen Geschäftsbedingungen von 1-apo (www.1-apo.de/agb)

Ort, Datum _____

Unterschrift _____