



Persönliche Daten

Frau Herr Firma _____ Krankenkasse _____

Titel _____ Vorname _____ Versichertennummer _____

Nachname _____ Telefon (tagsüber) _____

Straße und Hausnummer _____ Telefon (abends) _____

PLZ _____ Ort _____ Fax _____

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 _____