

Bestellformular (Mindestbestellwert 10 Euro)

1. Rechnungsadresse

Kundennummer (falls vorhanden)

Vor- und Nachname

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Telefonnummer (für Rückfragen)

eMail Adresse

2. Lieferadresse (falls abweichend)

Kundennummer (falls vorhanden)

Vor- und Nachname

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Telefonnummer (für Rückfragen)

eMail Adresse

Bestellung

Bestellmenge	Artikelbezeichnung/Stärke	Packungsgröße	PZN (falls zur Hand)	Einzelpreis

Zahlungsweisen (bitte ankreuzen)

Rechnung (nur bei Rezeptbestellungen)

Bankeinzug

Bitte geben Sie Ihre Kontodaten an:

Kontoinhaber

BLZ und Bank

Kontonummer

Mit Ihrer Unterschrift akzeptieren Sie unsere AGB, die Sie unter www.weihrauch-apotheke.de einsehen können, und bestätigen, dass Sie mindestens 18 Jahre alt sind. Gleichzeitig beauftragen Sie uns, die fälligen Rechnungsbeträge von Ihrem angegebenen Konto abzubuchen. Diese Einzugsermächtigung gilt bis auf weiteres. Sie kann jederzeit widerrufen werden.

WICHTIG: Falls Sie verschreibungspflichtige Arzneimittel bestellen möchten, schicken Sie uns bitte Ihr Rezept zu und füllen Sie das Zusatzblatt für Rezeptbestellungen aus.

Ort, Datum

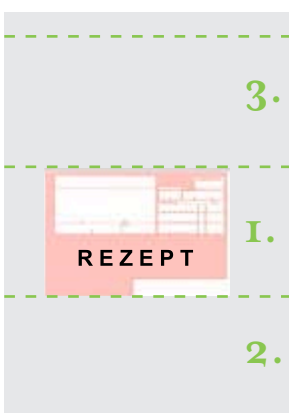
Unterschrift

Absender:

Bitte
ausreichend
frankieren



**Heidelberg-Apotheke
Heidelbergstraße 22
72406 Bisingen**



1. Falls Sie keinen Briefumschlag zur Hand haben, drucken Sie sich einfach diesen aus.
2. Falten Sie das Blatt an den grün gestrichelten Linien.
3. Klappen Sie den Umschlag zusammen und verkleben Sie ihn an allen Seiten sicher mit Tesa-Film.



Zusatzblatt für Ihre Rezeptbestellung

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an und schicken Sie uns dieses Zusatzblatt mit Ihrem Rezept zu.

1. Privatrezepte

- Ich möchte keine (Re-)Import-Arzneimittel, sondern nur Original-Hersteller
- Falls verfügbar, möchte ich ein preisgünstigeres (Re-)Import-Arzneimittel
- Falls verfügbar, möchte ich ein preisgünstigeres Generikum (= Nachahmer-Präparat)
- Ich wünsche ___ Kopien vom Privatrezept
(Anzahl bitte eintragen)

2. Kassenrezept

- Ich muss keine Zuzahlung leisten, da ich:
 - befreit bin** (Kopie vom Befreiungsausweis liegt bei)
 - einen Arbeitsunfall hatte**
(bitte Betrieb und Unfalltag angeben,
falls nicht auf Rezept vermerkt)
 - Falls möglich möchte ich ein zuzahlungsfreies Medikament erhalten

3. Wünsche und Anmerkungen
