

Für Ihre Bestellung benötigen wir bitte folgende Angaben:

Kunden-Nr.: <small>(falls vorhanden)</small>	Datum:
Name, Vorname:	Geburtsdatum:
Straße, Haus-Nr.:	PLZ, Ort:
Telefon-Nr.: <small>(für Rückfragen)</small>	Fax-Nr.:
Versicherten-Nr.:	E-Mail:

Medikamente auf Rezept:

Ich füge für rezeptpflichtige Medikamente Originalrezept(e) bei.

Bei Zuzahlungsbefreiung ist eine Abrechnung mit der Krankenkasse möglich, wenn diese auf dem Rezept vermerkt ist, oder Sie uns eine Kopie Ihres gültigen Befreiungsausweises einreichen.

rezeptfreie Medikamente:

Anzahl / Stk.:	Artikelname:	kostenloser Freiumsclag	PZN: <small>(falls bekannt)</small>	08008900
Anzahl / Stk.:	Artikelname:		PZN: <small>(falls bekannt)</small>	
Anzahl / Stk.:	Artikelname:		PZN: <small>(falls bekannt)</small>	
Anzahl / Stk.:	Artikelname:		PZN: <small>(falls bekannt)</small>	
Anzahl / Stk.:	Artikelname:		PZN: <small>(falls bekannt)</small>	
Anzahl / Stk.:	Artikelname:		PZN: <small>(falls bekannt)</small>	
Anzahl / Stk.:	Artikelname:		PZN: <small>(falls bekannt)</small>	
Anzahl / Stk.:	Artikelname:		PZN: <small>(falls bekannt)</small>	

Zahlung und Versand:

Bei einem Warenwert unter 50€ berechnen wir 4,95€ Versandkosten (DHL). Bestellungen mit rezeptpflichtigen Artikeln sind versandkostenfrei.

Ja, ich habe ein Kassenrezept beigelegt oder für min. 50€ bestellt und erhalte meine Bestellung versandkostenfrei.

So möchte ich bezahlen:

Per Vorkasse

Bankverbindung:
Deutsche Bank Bonn

Empfänger: Apotheke zur alten Post

IBAN: DE63 3807 0024 0068 0058 03

BIC: DEUTDEDB380

Per Sepa-Basislastschrift

(ab der dritten Bestellung, Warenwert bis 200€)

Kontoinhaber:
(falls abweichend): _____

Geldinstitut: _____

Sepa-Angaben: BIC: _____

IBAN: _____

Bitte senden Sie uns, zu Ihrer ersten Bestellung auf Bankeinzug, das dem Seitentexte angehängte Sepa-Mandat ausgefüllt und unterschrieben mit.

Ich wünsche ausschließlich eine persönliche Übergabe an mich durch das Paketunternehmen.

Die Bestellung darf auch bei einem Nachbarn abgegeben werden.

Ich wünsche einen Rückruf, da ich noch Fragen habe. Bitten rufen Sie mich unter der oben genannten Nummer an.

_____	_____
Ort / Datum	Unterschrift / Kontoinhaber/in

Einlösung von Rezepten nur schriftlich an:
apocompany
Postfach 1233
53002 Bonn

Bestellung rezeptfreier Artikel auch unter:
Tel: 0228-24333910 / Fax: 0228-24333919
E-Mail: service@apocompany.de
www.apocompany.de