

# Bestellschein

farma-plus Apotheke unter der Burg · Apothekerin Andrea Bömke e.K.  
Steinweg 1 · 52222 Stolberg · Freecall: 0800-7240012



## Rechnungsanschrift

Herr  Frau  Neukunde  Kunden-Nr. \_\_\_\_\_

Vorname, Nachname \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ Hausnummer \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Telefon für Rückfragen (tagsüber) \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Die Rechnungsanschrift entspricht meiner gewünschten Lieferadresse.

Dort bin ich erreichbar von \_\_\_\_\_ Uhr bis \_\_\_\_\_ Uhr.

## Haupt-Lieferadresse

Geben Sie bitte die Haupt-Lieferadresse bei jeder Bestellung an, falls diese von Ihrer Anschrift abweicht.

Vorname, Nachname \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ Hausnummer \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Dort bin ich erreichbar von \_\_\_\_\_ Uhr bis \_\_\_\_\_ Uhr.

## Zweit-Lieferadresse

Vorname, Nachname \_\_\_\_\_ ggf. Firma \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ Hausnummer \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Dort bin ich erreichbar von \_\_\_\_\_ Uhr bis \_\_\_\_\_ Uhr.

## Zahlungsart / Bankdaten

IBAN \_\_\_\_\_

Bankinstitut \_\_\_\_\_

Kontoinhaber \_\_\_\_\_

Bankeinzug  Zahlung per Vorauskasse  Barzahlung an Apothekenboten

Hiermit ermächtige ich meine farma-plus Apotheke, die von mir zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit zu Lasten meines Kontos per Lastschrift einzuziehen.

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift Kontoinhaber \_\_\_\_\_

## Rezeptpflichtige Medikamente

Ich lege \_\_\_\_\_ Kassenrezept(e) und/oder \_\_\_\_\_ Privatrezepte bei.  
(Die rezeptpflichtigen Medikamente bitte nicht in die Bestelltabelle eintragen.)

Ich bin von Zuzahlungen befreit:  ja  nein  
(Bitte legen Sie pro Kalenderjahr einmalig eine Kopie Ihres Befreiungsnachweises bei.)

## Versandkosten

Im Postleitzahlengebiet 52222 liefern wir schnell per Apotheken-Botendienst und kostenfrei ab 25 € Bestellwert. Darunter betragen die Botenkosten 3,- €. Bei rezeptpflichtigen Bestellungen übernehmen wir nach Einsendung des Rezeptes die Versandkosten für Sie.

## Rezeptfreie Medikamente

PZN (Bestellnummer)	Medikament / Artikel	Art	Anzahl / Packungen

Mit meiner Bestellung akzeptiere ich die allgemeinen Geschäftsbedingungen der farma-plus Apotheke, einsehbar im Internet unter <http://stolberg.farma-plus24.de/Agb>

Ein vollständig und in Druckbuchstaben ausgefüllter Bestellschein hilft uns Ihnen eine schnelle und fehlerfreie Bearbeitung zu gewährleisten.