

# Fax-Bestellformular



Versandapotheke meinPharmaversand • Bahnhofstr. 11 • 21614 Buxtehude • Telefon: 041 61 / 99 94 99 • Telefax: 0 41 61 / 55 82 45 • www.meinpharmaversand.de • info@meinpharmaversand.de

Bitte das Formular in Druckbuchstaben ausfüllen, Zutreffendes ankreuzen, unterschreiben und zusammen mit dem Gesundheitsfragebogen und Ihren Rezepten einsenden. Vielen Dank!

➤ **Adresse:**  Frau  Herr

Firma \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_

Straße und Hausnummer \_\_\_\_\_

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

Telefon tagsüber (bitte unbedingt angeben) \_\_\_\_\_

Kunden/Nr. (falls vorhanden) \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

➤ **Lieferadresse:** (falls abweichend)

Firma \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_

Straße und Hausnummer \_\_\_\_\_

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

Telefon tagsüber (bitte unbedingt angeben) \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

➤ **Rezepte:**

Für die rezeptpflichtigen Arzneimittel sende ich Ihnen \_\_\_\_\_ Originalrezepte per Post.  
Anzahl

**(Bitte diese Arzneimittel nicht gesondert unten in die Bestellfelder eintragen.)**

**Ich bin zuzahlungsbefreit:**  ja  nein  
 (bitte legen Sie einmalig eine Kopie Ihres Befreiungsnachweises bei.)

**● Aus Sicherheitsgründen erfolgt u.a. kein Versand von Kühlartikeln und Medikamenten, die der BTM-Verordnung unterliegen. (Siehe unsere AGB)**

➤ **Bestellung:**

Ich möchte zusätzlich noch folgende nicht rezeptpflichtige Arzneimittel bestellen.

PZN *	Name des Produkts oder Medikaments (evtl. mit Hersteller)	Form (z.B. Gel, Spray, Tabletten, etc.)	Packungsgröße (100 Tabl., 50g ..., 20ml ..., etc.)	Menge (Packungs-Anzahl)	Preis (falls bekannt)
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

\* Die 7-stellige PharmaZentralNummer finden Sie auf der Arzneimittelpackung, in der Nähe des Strichcodes

➤ **Zahlungsart:**

Vorkasse  
 Unsere Bankverbindung

Kontoinhaber: Irmgard Akliros  
 Kontonummer: 1 301 333 135  
 BLZ: 300 606 01  
 Deutsche Apotheker- und Ärztebank

Bankeinzug

Kontoinhaber: \_\_\_\_\_  
 Kontonummer: \_\_\_\_\_  
 BLZ: \_\_\_\_\_  
 Bankinstitut: \_\_\_\_\_

Nachnahme  
 (zzgl. 5,60 Euro)

Hiermit ermächtige ich meinPharmaversand, die von mir zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit zulasten meines Kontos per Lastschrift einzuziehen.

- **Haben Sie noch Fragen? Wir beraten Sie gern, unter der Telefonnummer: 0 41 61 / 99 94 99**
- **Bitte schicken Sie den ausgefüllten Bestellschein und die dazugehörigen Rezepte an folgende Adresse:**  
 Versandapotheke meinPharmaversand • Bahnhofstr. 11 • 21614 Buxtehude • Fax: 041 61 / 55 82 45

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_  
 Mit meiner Unterschrift akzeptiere ich die Allgemeinen Geschäftsbedingungen von meinPharmaversand.