Fax-Bestellformular

mein Pharmaversand

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: 13 0 13 33 13 5
BLZ: 200 906 02
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.

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