

# BESTELLSCHEIN

Servicetelefon 039454 4899 0

**PERSÖNLICHE DATEN** (Bitte füllen Sie die entsprechenden Felder aus, dann ausdrucken und unterschreiben)

Frau  Herr Titel

Vorname  Telefon (für Rückfragen)

Name  Fax

Straße/Haus-Nr.  E-Mail (falls vorhanden)

PLZ  Kundennummer (falls vorhanden)  - **K**

Ort  Krankenkasse

Geburtsdatum

**ALTERNATIVE LIEFERADRESSE**

Lieferadresse abweichend  DHL-Packstation

Firma  Strasse/Haus-Nr.

Vorname  PLZ

Name  Ort

DHL-Postnummer  Packstation Nr.

**REZEPTE** (Bitte tragen Sie die Anzahl Ihrer beigelegten Rezepte ein)

Ich lege dieser Bestellung  Originalrezepte bei.  
Anzahl

**Aus Sicherheitsgründen erfolgt kein Versand von Medikamenten die der BTM-Verordnung unterliegen!**

**BESTELLUNG** (Ich bestelle zusätzlich die folgenden **nicht** rezeptpflichtigen Arzneimittel/Artikel)

Artikel-Nr./PZN <small>7stellige Nr. auf der Packung, meist in der Nähe des Strichcodes</small>	Artikelbezeichnung	Packungsgröße <small>z.B. 10Stk, 200ml</small>	Form <small>Tabletten, Spray, Creme</small>	Menge
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**ZAHLUNGSART** (Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ausfüllen)

Vorkasse  
 Bankverbindung  
 Empfänger: SPREEPHARMA  
 Konto-Nr.:   
 BLZ:   
 Bank:

Bankeinzug\*  
 Kontoinhaber:   
 Konto-Nr.:   
 BLZ:   
 Bankinstitut:

Hiermit ermächtige ich SPREEPHARMA widerruflich, die von mir zu entrichtenden Rechnungsbeträge bei Fälligkeit zu Lasten meines Kontos einzuziehen. Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des Kontoführenden Kreditinstitutes keine Verpflichtung zur Einlösung.  
 \*Bonität vorausgesetzt

Ort/Datum:  Unterschrift:

Hiermit bestelle ich die in Punkt „Bestellung“ genannten Artikel zu den mir bekannten Geschäftsbedingungen (AGB). Die SPREEPHARMA AGB finden Sie im Internet unter [www.spreepharma.de/agb\\_1.html](http://www.spreepharma.de/agb_1.html). Gern senden wir Ihnen, wenn gewünscht, die AGB zu. Mit meiner Unterschrift akzeptiere ich die AGB von SPREEPHARMA.