Bestellschein Rezeptfreie Artikel

0800 - 300 33 45
(Kostenlos aus dem dt. Fest-/Mobilnetz, Mo.- Sa. 8 – 20 Uhr)
info@europa-apotheek.com

europa apotheek
By Shop Apotheke

Bitte schicken Sie diesen Bestellschein nur für frei verkäufliche Produkte ein. **Wenn Sie nur ein Rezept haben, benötigen Sie diesen Bestellschein nicht.**

BITTE IN **SCHWARZEN** ODER **BLAUEN** GROSSBUCHSTABEN AUSFÜLLEN.

☐ Frau ☐ Herr

Vorname, Name

Straße, Hausnummer

PLZ Ort

BEI PRIVATREZEPTEN
Benötigen Sie eine Kopie Ihrer privaten Rezepte?
☐ Nein ☐ ja, 1 Kopie ☐ ja, 2 Kopien

Kundennummer

Versicherten-Nummer

Geburtsdatum

Festnetz- oder Mobilnummer (Pflichtfeld)

E-Mail Ihr Vorteil: Sie erhalten E-Mails über den Lieferstatus Ihrer Bestellung!

Datum

BITTE SENDEN SIE MIR FOLGENDE **REZEPTFREIE** ARTIKEL:

☐ Ich bestelle für mehrere Personen (max. 3)

PZN (falls zur Hand, s. Packung)	**MEDIKAMENT / ARTIKEL**	**INHALT** (z. B. 100 ml)	**ANZAHL**

ICH ZAHLE ☐ per Rechnung ☐ per SEPA-Lastschrift IBAN

Bank Kontoinhaber

SEPA-Lastschriftmandat
Hiermit ermächtige(n) ich/wir die Europa Apotheek Service Venlo B.V. die von mir/uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit zu Lasten meines/unseres Kontos mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/unser Kreditinstitut an, die von der Europa Apotheek Service Venlo B.V. auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Wenn mein/unser Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung. Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.
Gläubiger-Identifikationsnummer DE04ZZZ00000158298

Datum ✗ Unterschrift

PAKETDIENST WÄHLEN

☐ **Hermes,** Nachbarschaftsabgabe erlaubt
☐ **Hermes,** Nachbarschaftsabgabe nicht erlaubt
☐ **DHL** (immer mit Nachbarschaftsabgabe)

Kühlpflichtige Medikamente werden möglicherweise von einem anderen Paketdienst geliefert.

IHR GUTSCHEINCODE

Pro Bestellung nur **ein** Gutschein einlösbar.

LIEFERADRESSE (falls abweichend von Rechnungsadresse) ☐ dauerhaft

☐ Hermes PaketShop, Shopnummer:
☐ andere Adresse ☐ DHL Packstation ☐ DHL Postfiliale

Vorname, Name

Adresszusatz / Postnummer

Straße und Hausnummer / Packstation und Packstationsnummer / Postfiliale und Filialnummer

PLZ Ort

#BS-NEU-UP#M342019BSUPEA

Es gelten unsere AGB und Datenschutzbestimmungen, die Sie auf unserer Internetseite nachlesen können. Ich bestätige die Richtigkeit aller Angaben dieses Bestellscheins.
Bestellungen mit Rezept immer versandkostenfrei. Versandkosten von 4,95 € entfallen bei Bestellungen ausschließlich rezeptfreier Produkte ab 19 € Gesamtwert. Irrtum vorbehalten.
Sie sind gesetzlich dazu verpflichtet, uns mit der Bestellung eine Telefonnummer anzugeben.
Sitz der Apotheke: Europa Apotheek Venlo B.V., Erik de Rodeweg 11/13, NL-5975 WD Sevenum