

IHR FREIUMSCHLAG

Einfach passendes Format ausschneiden,
auf einen Briefumschlag kleben und Porto sparen!

europa 
apothek

europa 
apothek

Das Porto
zahlen wir
für Sie!

Sie sind gesetzlich dazu verpflichtet, uns mit der Bestellung eine
Telefonnummer anzugeben. **Sitz der Apotheke: Venlo, Niederlande**

Deutsche Post 

ANTWORT

Europa Apotheek Venlo B.V.
41259 Mönchengladbach

europa 
apothek

Das Porto
zahlen wir
für Sie!

Sie sind gesetzlich dazu verpflichtet, uns mit der Bestellung eine
Telefonnummer anzugeben. **Sitz der Apotheke: Venlo, Niederlande**

Deutsche Post 

ANTWORT

Europa Apotheek Venlo B.V.
41259 Mönchengladbach

BESTELLSCHEIN REZEPTFREIE ARTIKEL

0800 - 300 33 45

(Kostenlos aus dem dt. Fest-/Mobilnetz, Mo.-Sa. 8-20 Uhr)

info@europa-apotheek.com



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 PRIVATREZEPTE

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

X

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

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 2,90 € 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., Dirk Hartogweg 14, NL-5928 LV Venlo.**

