

Ihr Freiumschlag

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



SHOP APOTHEKE

Die Online-Apotheke für Deutschland



SHOP APOTHEKE

Die Online-Apotheke für Deutschland

Das Porto
zahlen wir
für Sie!

Teilen Sie uns bei der Bestellung von Arzneimitteln eine
Telefonnummer mit, die Sie angeben müssen, damit wir
Sie durch pharmazeutisches Personal – ohne zusätzliche
Gebühren – telefonisch beraten können.
Sitz der Apotheke: Venlo, Niederlande

Deutsche Post 

ANTWORT

SHOP APOTHEKE

Postfach 410118

41241 Mönchengladbach



SHOP APOTHEKE

Die Online-Apotheke für Deutschland

Das Porto
zahlen wir
für Sie!

Teilen Sie uns bei der Bestellung von Arzneimitteln eine
Telefonnummer mit, die Sie angeben müssen, damit wir
Sie durch pharmazeutisches Personal – ohne zusätzliche
Gebühren – telefonisch beraten können.
Sitz der Apotheke: Venlo, Niederlande

Deutsche Post 

ANTWORT

SHOP APOTHEKE

Postfach 410118

41241 Mönchengladbach



NOCH SCHNELLER BESTELLEN?

- 0800 – 200 800 300**
(Kostenlos aus dem dt. Fest-/Mobilnetz, Mo.-Sa. 8-20 Uhr)
- 0800 – 90 70 90 20**
(Kostenlos aus dem dt. Fest-/Mobilnetz)
- kontakt@shop-apotheke.com**

SHOP APOTHEKE BESTELLSCHHEIN

BITTE IN SCHWARZEN ODER BLAUEN GROSSBUCHSTABEN AUSFÜLLEN.

Frau Herr

Vorname, Name

Straße, Hausnummer

PLZ Ort

Kundennummer

Geburtsdatum

Telefon (tagsüber)

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

JA, ich möchte den kostenlosen Newsletter abonnieren!

BITTE SENDEN SIE MIR FOLGENDE REZEPTFREIE ARTIKEL:

Bestellung rezeptfreier Produkte für _____ Personen (max. 3)

Ich habe _____ Rezept/e beigelegt.

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

ZAHLART

Rechnung SEPA-Lastschrift

IBAN

Bank

Kontoinhaber

SEPA-Lastschriftmandat

Hiermit ermächtige(n) ich/wir die Shop-Apotheke Service 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 Shop-Apotheke Service 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 DE86ZZ00001825416

X

Datum

Unterschrift

PAKETDIENST WÄHLEN

- Hermes, Nachbarschaftsabgabe erlaubt (bis auf Widerruf)
- Hermes, Nachbarschaftsabgabe nicht erlaubt
- DHL, Nachbarschaftsabgabe erlaubt

LIEFERADRESSE (falls abweichend von Rechnungsadresse)

dauerhaft

Hermes PaketShop, Shopnummer: _____

andere Adresse DHL Packstation DHL Postfiliale

Vorname, Name

Adresszusatz / Postnummer

Straße, Hausnummer / Packstation-Nummer / Post-Filialnummer

PLZ Ort

IHR GUTSCHEINCODE



Es gelten unsere AGB und Datenschutzbestimmungen, die Sie auf unseren Internetseiten nachlesen können. Ich bestätige die Richtigkeit aller Angaben dieses Bestellscheins. Bestellungen mit Rezept immer versandkostenfrei. Versandkosten von 3,95 € entfallen bei Bestellungen ausschließlich rezeptfreier Produkte ab 19 € Gesamtwert. Irrtum vorbehalten. Sitz der Apotheke: Shop-Apotheke B.V., Dirk Hartogweg 14, NL-5928 LV Venlo, Niederlande

X

Datum

Unterschrift