

BESTELLSCHEIN REZEPTFREIE ARTIKEL

0800 - 200 800 300

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

kontakt@shop-apotheke.com



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

Kundennummer

Versicherten-Nummer

Geburtsdatum

Festnetz- oder Mobilnummer (Pflichtfeld)

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

Datum

BEI PRIVATREZEPTEN

Benötigen Sie eine Kopie Ihrer privaten Rezepte?

Nein ja, 1 Kopie ja, 2 Kopien

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.

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

IHR GUTSCHEINCODE

Pro Bestellung nur **ein** Gutschein einlösbar.

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: Shop-Apotheke B.V., Erik de Rodeweg 11/13, NL-5975 WD Sevenum**

