

Meine Bestellung

Meine persönlichen Daten:

Frau <input type="checkbox"/>	Vorname / Name	Kundennummer (falls vorliegend)	
Herr <input type="checkbox"/>	Straße / Nr.	Geburtsdatum	Telefon tagsüber
	PLZ / Ort	Versichertennummer	Krankenkasse

Meine Bestellung soll an folgende abweichende Adresse (keine Packstation der Deutschen Post) geschickt werden:

Vorname / Name	Straße / Nr.
Firma	PLZ / Ort

Medikamente auf Rezept Ich lege Originalrezept(e) für rezeptpflichtige Medikamente bei.

Zuzahlung Ich bin von der Zuzahlung befreit und lege eine Kopie der Bescheinigung bei.

Bei Zuzahlungsbefreiung ist eine Abrechnung mit der Krankenkasse nur möglich, wenn diese auf dem Rezept vermerkt ist oder Sie uns eine Kopie Ihrer gültigen Bescheinigung einreichen.

Rezeptfreie Artikel Zusätzlich bestelle ich folgende rezeptfreie Medikamente zu den mir bekannten Geschäftsbedingungen:

Artikel-Nr. (PZN)	Artikelbezeichnung	Darreichungsform z.B. Tabl.	Packungsgröße	Menge	Gesamtpreis

Bezahlung Ich zahle per Bankeinzug

Kontoinhaber	
Kontonummer	BLZ
Geldinstitut	

Ich zahle per Rechnung (Zahlungsziel 10 Tage)

Ich zahle per Nachnahme (zzgl. Nachnahmegebühr)

Ich bin beihilfeberechtigt oder privat versichert und zahle per Rechnung (Zahlungsziel 6 Wochen)

Ich bin beihilfeberechtigt oder privat versichert und zahle per Bankeinzug (Zahlungsziel 6 Wochen)

Unterschrift Ort / Datum / Unterschrift