

Bestellformular

für Ihre Bestellung per Fax oder Post

Fax: 0180 5 17 70 17 (14ct pro Minute)

Tel.: 0180 5 18 80 18 (14ct pro Minute)

Apotheke Dr. Braun | Hauptstraße 6 | D-78333 Stockach



Bestelldaten:

Herr Frau

Vorname: _____

Name: _____

Zusatz, z.B. Firma: _____

Straße und Hausnummer: _____

PLZ und Ort: _____

eMail-Adresse: _____

Telefon (für Rückfragen): _____

Kundennummer (falls vorhanden): _____

Lieferadresse (falls abweichend von Kundenanschrift):

dauerhaft einmalig

Vorname: _____

Name: _____

Zusatz, z.B. Firma: _____

Straße und Hausnummer: _____

PLZ und Ort: _____

eMail-Adresse: _____

Telefon (für Rückfragen): _____

Krankenkasse:

Name: _____

Versichertennummer: _____

Geburtsdatum: _____

Rezept Dauerverordnung

Für die rezeptpflichtigen Arzneimittel lege ich Originalrezepte bei.

(Aus Sicherheitsgründen erfolgt kein Versand von Medikamenten, die der BTM-Verordnung unterliegen).

Bestellung:

Nachfolgend aufgeführte Artikel werden zu den mir bekannten allgemeinen Geschäftsbedingungen bestellt.

(Unsere Geschäftsbedingungen können Sie unter www.apovia.de/informationen/agb.html einsehen)

Name des Produkts oder Medikaments	Form (Bsp. Spray, Gel) wenn bekannt	Verpackungsgröße (Bsp. 100ml, 100 Stück) wenn bekannt	PZN (7-stellige Pharma Zentral Nummer, meist neben dem Strichcode) wenn bekannt	Menge	Preis wenn bekannt
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					

Bitte füllen Sie den Bestellschein leserlich in Block-Buchstaben aus. Nicht lesbare Bestellungen können wir leider nicht bearbeiten.

Meine Bezahlung erfolgt per: Lastschrift Nachnahme Vorkasse

Bitte überweisen Sie den fälligen Betrag (den wir Ihnen gerne per eMail oder telefonisch mitteilen) auf das folgende Konto:
Kontoinhaber: Apotheke Dr. Braun
BLZ: 69061800 Kto: 44113902 Bank: Volksbank Überlingen

Meine Bankverbindung (nur bei Lastschrift):

Kontoinhaber: _____

Name der Bank: _____

BLZ: _____ Kontonummer: _____

Hiermit erteile ich die Ermächtigung, alle anfallenden Rechnungsbeträge von meinem angegebenen Bankkonto abzubuchen.
Die Einzugsermächtigung gilt bis zum schriftlichen Widerruf.

Ich bin damit einverstanden, dass ApoVia die mir verordneten Arzneimittel durch wirkstoffgleiche, preisgünstigere Generika austauscht. (Hierbei können Sie Kosten sparen.)

Datum: _____

Unterschrift: _____

Mit meiner Unterschrift akzeptiere ich die Allgemeinen Geschäftsbedingungen der Apotheke Dr. Braun (www.apovia.de/informationen/agb.html)