

# Bestellschein



Innovation | Service | Vertrauen

Telefon: 05451/5070555

Fax: 0 54 51/ 50 70 559

## 1. Bestelldaten

\_\_\_\_\_  
Telefonnr. (für Rückfragen)

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Straße/Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl

\_\_\_\_\_  
Ort

2. **Rezepte** Für rezeptpflichtige Medikamente lege ich \_\_\_\_ (bitte Anzahl angeben) Originalrezept bei.

3. **Bestellung** Ich bestelle (zusätzlich) folgende, rezeptfreie Medikamente auf eigene Kosten:

Name des Produktes	Dosierungsform (z.B. Tabletten)	Packungsgröße (z.B. 100 Stück)	Artikelnummer (PZN) s. Angabe auf der Packung	Menge (Anzahl der Packungen)

## 4. Zahlungsart

Ich bezahle Medikamente, die nicht von einer gesetzlichen Krankenversicherung erstattet werden, sowie rezeptpflichtige Arzneimittel und gegebenenfalls anfallende Servicepauschalen per Lastschrift:

**Kontonummer:**

**Bankleitzahl:**

**Kreditinstitut:**

**Kontoinhaber:**

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift