



## Bestellformular

Zur Bestellung schicken Sie uns das Bestellformular per Post zu. Gern können Sie es auch per Fax unter 040 / 520 95 53 an uns senden.

Felder mit \* sind Pflichtangaben, ohne die wir Ihnen keine Medikamente schicken dürfen.

### Persönliche Angaben:

Frau                       Herr                       Firma \_\_\_\_\_  
 \*Name \_\_\_\_\_ \*Vorname \_\_\_\_\_ \*Geb. am \_\_\_\_\_  
 \*Straße/Hausnummer \_\_\_\_\_  
 \*PLZ/Ort \_\_\_\_\_  
 \*Telefon tagsüber \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_  
 Nummer BUDNI-Karte \_\_\_\_\_ Kundennummer \_\_\_\_\_

### Bestellung der Medikamente

PZN PharmaZentralNummer	Name/Stärke des Medikaments	Packungs- größe	Menge

Ich lege der Bestellung \_\_\_\_\_ Rezepte bei!  
Anzahl

\* **Lieferung** (kostenfrei ab 40,- € Bestellwert oder einem Medikament auf Rezept. Die Lieferung erfolgt durch DHL nach Bestelleingang in der Regel innerhalb von ca. 2 Werktagen.)

an meine Rechnungsadresse

an folgende Lieferadresse

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_  
 Straße/Hausnummer \_\_\_\_\_  
 PLZ/Ort \_\_\_\_\_

### Zahlart

Rechnung

Bankeinzug

Kontoinhaber \_\_\_\_\_  
 Kontonummer \_\_\_\_\_  
 BLZ \_\_\_\_\_  
 Name/Ort der Bank \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift