



Kundennummer (falls bereits vorhanden)

Rechnungsanschrift Herr Frau

Nachname

Vorname

Geburtsdatum

Straße

PLZ / Ort

Email

Telefon

Lieferanschrift (falls abweichend von Rechnungsanschrift)

einmalig dauerhaft

Firma Herr Frau

Nachname

Vorname

Straße

PLZ / Ort

Bestellschein

Medikament/Produktbezeichnung	Menge	Form* (Tabletten/Kapseln/Salbe etc.)	Packungsgrößen (100Tabs/500ml etc.)	Artikelnummer* (PZN)	Online-Preis/EUR*

*falls bekannt

Datum Unterschrift

Zahlung erwünscht

per Bankeinzug per Rechnung mit beiliegendem Rezept (für rezeptpflichtige Arzneimittel) Originalrezepte ____ Stück

Einzugsermächtigung

Kontoinhaber

Kontonummer BLZ Geldinstitut

Datum Unterschrift