



REFERENZ IHRER ONLINE-BESTELLUNG:

Kundendaten Herr Frau

Lieferanschrift Firma Herr Frau

Nachname:

Nachname:

Vorname:

Vorname:

Straße:

Straße:

PLZ / Ort:

PLZ / Ort:

Email

Telefon:

Krankenversicherungsdaten

Krankenversicherungsnummer / Krankenkassennummer

Rezeptgebühren zuzahlungspflichtig gebührenbefreit privat versichert

Ich wünsche die Lieferung so schnell wie möglich am

Es handelt sich um eine Dauerverordnung einmalige Verschreibung.

Ich füge dieser Bestellung (Anzahl) Rezepte zur Abrechnung gegenüber meiner Krankenkasse bei.

Die Lieferung Ihrer Arzneimittel erfolgt dann kostenfrei unter Rückerstattung des Briefportos.

Zusätzlich möchte ich folgende Artikel bestellen

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

**falls bekannt*

Kontoinhaber

Kontonummer Bankleitzahl Bankleitzahl

Ich erteile hiermit eine Ermächtigung zum Lastschrifteinzug der Rechnungen.

Falls die mir verordneten Medikamente durch wirkstoffgleiche und wirkungsgleiche, aber günstigere Generika ausgetauscht werden können und dies zu einer Verminderung oder Vermeidung der Zuzahlung führt, bin ich mit einem Austausch einverstanden.

Die Allgemeinen Geschäftsbedingungen sind mir bekannt.

Ort, Datum Unterschrift