

Bestellschein

Rechnungsadresse Vorname: _____ Nachname: _____ Geburtstag: _____ Straße: _____ PLZ / Ort: _____ Tel.-Nr.: _____ Fax-Nr.: _____	Lieferadresse <input type="checkbox"/> Lieferung bitte an folgende Adresse Vorname: _____ Nachname: _____ Straße: _____ PLZ / Ort: _____ Email: _____ Kunden-Nr.: _____ (falls vorhanden)
---	---

Krankenkasse Kasse: _____ Vers.-Nr.: _____	<input type="checkbox"/> Dauerverordnung <input type="checkbox"/> Rezept Anzahl der beigelegten Originalrezepte für rezeptpflichtige Arzneimittel: _____
---	--

Hiermit bestelle ich nachfolgend aufgeführte Artikel zu den mir bekannten Geschäftsbedingungen (AGB):
 (Hinweis: Die AGB finden Sie auf der Homepage www.shop-apotheke.com; auf Wunsch schicken wir sie Ihnen auch gerne zu.)

Bestell-Nr. bzw. PZN (7-stellige Nummer auf der Packung)	Artikelbezeichnung	Packungs- größe (z.B. 10 Tbl.)	Menge	Gesamtpreis in Euro (falls bekannt)

Bitte Zahlungsart wählen und ankreuzen:

<input type="checkbox"/> Ich zahle per Lastschrift Kontoinhaber: _____ Bankinstitut: _____ Bankleitzahl: _____ Kontonummer: _____	<input type="checkbox"/> Ich zahle per Kreditkarte Kreditkartennummer: _____ Verfallsdatum: _____ Prüzfiffer: _____ <input type="checkbox"/> Visa <input type="checkbox"/> Mastercard
<input type="checkbox"/> Ich zahle per Rechnung	

Austausch von Arzneimitteln bei Kassenrezepten:

Ihr Arzneimittel kann mit einem wirkstoffgleichen Präparat ausgetauscht werden, wenn Ihre Krankenkasse eine Rabattvereinbarung mit dem Hersteller abgeschlossen hat. In diesem Fall muss die shop-apotheke.com den Austausch gesetzlich vornehmen.

Gesetzliche Vorschriften zur Gültigkeit von Rezepten:

1. Jedes Rezept muss das Geburtsdatum ausweisen
2. Jedes Rezept muss vom Arzt unterschrieben sein
3. Auf jedem Rezept muss das Ausstellungsdatum vermerkt sein
4. Gültigkeit Kassenrezept (rosa):
1 Monat ab Ausstellungsdatum
5. Gültigkeit Privatrezept:
3 Monate ab Ausstellungsdatum

Bitte beachten Sie, dass dieses Formular nur eine Arbeitserleichterung für die Bestellung von individuell benötigten Arzneimitteln ist. Bitte sprechen Sie für die Feststellung Ihres persönlichen Arzneimittelbedarfs gegebenenfalls mit Ihrem Arzt.

Datum, Unterschrift