



Bestellschein

Herr Frau

Lieferadresse: (sofern abweichend)

Name _____
Vorname _____
Straße/Nr. _____
PLZ/Ort _____
Geburtsdatum _____
E-Mail _____
Telefonnummer _____

Name _____
Vorname _____
Zusatz (z. B. Firma) _____
Straße/Nr. _____
PLZ/Ort _____
Telefonnummer _____

Rezeptbestellung:

Dieser Bestellung füge ich/ wir ____ Originalrezepte bei.

Um Sie optimal beraten zu können, sollten Sie bei rezeptpflichtigen Arzneimitteln unseren Gesundheitsfragebogen ausfüllen und Ihrer Bestellung beilegen. Damit ist es uns leichter Wechselwirkungen und Unverträglichkeiten Ihrer Medikation festzustellen. Diese Angaben sind freiwillig und vertraulich und werden keinesfalls an Dritte weitergegeben.

Hiermit bestelle ich nachstehend aufgeführte rezeptfreie Produkte bzw. Arzneimittel zu den mir bekannten Geschäftsbedingungen (AGB). Diese finden Sie im Internet unter www.besser-genesen.de

| Art-Nr. 7-stellige Nr. unter dem Strichcode auf der Packung, sofern bekannt | Artikel | Packungsgröße | Menge | Preis (in € falls bekannt) |
|--|---------|---------------|-------|-------------------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Bestellung rezeptfreier Artikel auch unter: www.besser-genesen.de

Ich wünsche Zahlung

Per Lastschrift

Kontoinhaber _____
Kontonummer _____
Bankleitzahl _____
Datum/Unterschrift _____

per Vorkasse

Unsere Bankverbindung lautet
Kontonummer 6297
Bankleitzahl 780 608 96
VR-Bank Hof

per Rechnung

innerhalb von 10 Tagen

per Nachnahme

Die dabei anfallenden Gebühren gehen zu Lasten des Empfängers

Mit meiner Unterschrift ermächtige ich die Bismarck-Apotheke ab sofort zum Einzug aller anfallenden Rechnungen. Diese Einzugsermächtigung gilt bis auf Widerruf.

Ich bin damit einverstanden, von der Bismarck-Apotheke angerufen zu werden oder per E-Mail benachrichtigt zu werden. Diese Erklärung kann ich jederzeit widerrufen.

Ort, Datum

Unterschrift