

Bestellschein

(bitte in Großbuchstaben ausfüllen)

Ein Service der Löwen Apotheke
Rheinstraße 25, 64283 Darmstadt



Adresse:

Vorname _____ Nachname _____
 Straße/Hausnummer _____
 PLZ _____ Ort _____
 Telefonnummer (für Rückfragen) _____

Abweichende Zustelladresse: Ja Nein

Vorname _____ Nachname _____
 Straße/Hausnummer _____
 PLZ _____ Ort _____
 Telefonnummer (für Rückfragen) _____

Bankdaten

Kontonummer _____
 BLZ _____
 Kontoinhaber _____
 Bank _____

Hiermit ermächtige ich Bestpharma24 / Löwen Apotheke, die von mir zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit zulasten meines Kontos per Lastschrift einzuziehen.

Bemerkungen oder Änderungen

R e z e p t Ich lege _____ Kassenrezept(e) und / oder _____ Privatrezept(e) bei.
 (Bitte diese Arzneimittel nicht gesondert unten in die Bestelfelder eintragen)



Ich bin **zuzahlungsbefreit**: ja nein
 (Bitte legen Sie einmalig eine Kopie Ihres Befreiungsnachweises bei)

PZN (Artikelnr.)	Arzneimittel/Artikel	Form (Tabl. Salbe.)	Packungsgröße (100Tabl., 50g)	Anzahl	Preis

Ich bestelle die oben aufgeführten Artikel zu den mir bekannten allgemeinen Geschäftsbedingungen von der Bestpharma24 / Löwen Apotheke.
 (Hinweis: Die AGB finden Sie auf unserer Homepage unter www.bestpharma24.de; auf Wunsch schicken wir Ihnen die AGB auch gern zu.)

 Datum, Unterschrift