

# 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](http://www.bestpharma24.de); auf Wunsch schicken wir Ihnen die AGB auch gern zu.)

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift