

BESTELLFORMULAR

SCHLOSS-APOTHEKE AULENDORF

I. Rechnungsadresse

Vor- und Nachname _____

Straße und Hausnummer _____

Postleitzahl und Ort _____

Telefonnummer / Telefaxnummer _____

II. Lieferadresse

Vor- und Nachname _____

Straße und Hausnummer _____

Postleitzahl und Ort _____

Telefonnummer / Telefaxnummer _____

Wichtig: Bitte geben Sie immer auch eine Telefonnummer für Beratungsgespräche und Rückfragen an.

III. Angaben zu Privatrezepten

- Ich möchte keine (Re)-Import-Arzneimittel, sondern nur Original-Hersteller
- Falls verfügbar, möchte ich ein preisgünstigeres (Re-)Import-Arzneimittel
- Falls verfügbar, möchte ich ein preisgünstigeres Generikum (= Nachahmer-Präparat)

IV. Angaben zu Krankenkassenrezepten

- Ich muss keine Zuzahlung leisten, da ich
 - befreit bin. Eine Kopie des Befreiungsausweises liegt dieser Bestellung bei.
 - einen Arbeitsunfall hatte. (Bitte Betrieb und Unfalltag angeben, falls nicht auf dem Rezept vermerkt)
- Falls möglich, möchte ich ein zuzahlungsbefreites Medikament erhalten

V. Bestellung: Verschreibungspflichtige Arzneimittel

- Rezept(e) liegt/liegen dieser Bestellung bei

VI. Bestellung: Freiverkäufliche Arzneimittel / Bestellungsangabe

Bestellmenge	Artikelbezeichnung/Stärke	Packungsgröße	PZN (falls bekannt)	Preis in €

Die Versendung freiverkäuflicher Arzneimittel erfolgt erst, nachdem Sie sich mit unserem Preisangebot einverstanden erklärt haben.

VII. AGB

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, den sich aus der Bestellung ergebenden Zahlungsverpflichtungen nachzukommen und unsere Allgemeinen Geschäftsbedingungen (AGB) zu akzeptieren, welche im Internet unter www.schloss-apotheke-aulendorf.de bzw. www.strophanthin-apotheke.de eingesehen werden können. Falls Sie verschreibungspflichtige Arzneimittel bestellen möchten, schicken Sie uns bitte immer Ihr(e) Originalrezept(e) zu, denn nur dann dürfen wir diese(s) beliefern.

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____

