

Bestellschein bitte ausfüllen, ausdrucken und unterschreiben.

Bestellschein

Antwort
Bad Apotheke
49213 Bad Rothenfelde

Bestellen Sie
· telefonisch **0800-10 11 422**
· im Onlineshop **www.apotal.de**

· per Fax **05424-21 64 47**
· per Post mit **Freiumsschlag**

Kundendaten

Frau Herr		Kunden-Nr.		Geb.-Datum	
Name		Vorname		eMail	
Straße		Nr.	PLZ	Ort	Telefon
<input type="checkbox"/> Abweichende Lieferadresse		einmalig		dauerhaft	
Firma		Name		Vorname	
Straße		Nr.	PLZ	Ort	

Rezeptbestellung (bitte Anzahl eintragen)

Für die Bestellung rezeptpflichtiger Arzneimittel lege ich _____ Originalrezepte bei.

Bestellung freiverkäuflicher Arzneimittel

PZN	Artikelbezeichnung	Darreichungsform	Größe	Menge

Zahlungswunsch (bitte auswählen)

Rechnung – Zahlungsziel 10 Tage

mit beiliegendem Rezept

Bankeinzug – Kontoinhaber = Rechnungsempfänger!

Kontoinhaber	Geldinstitut	Bankleitzahl	Konto-Nr.
--------------	--------------	--------------	-----------

Datum	Ort	 Unterschrift
-------	-----	--