apotal.de
IHRE VERSANDAPOTHEKE
Bad Apotheke . Frankfurter Str. 29 . 49214 Bad Rothenfelde

Bestellschein & Neukundenwerbung

Holen Sie sich Ihre 10 Euro Werbeprämie!

Mehr dazu auf der Rückseite.

Bestellen Sie über
- unsere kostenlose Rufnummer **0800-10 11 422**
- unser Bestellfax **0 54 24-21 64 47**
- unseren Onlineshop **www.apotal.de**

Bestellung Kunde

Herr ☐ Frau ☐

Name, Vorname _____

Kundennummer _____ Geburtsdatum _____

Straße, Nr. _____ Plz, Ort _____

Telefon _____ E-mail _____

abweichende Lieferadresse einmalig ☐ dauerhaft ☐

Name, Vorname _____

Straße, Nr. _____ Plz, Ort _____

PZN	Artikelbezeichnung	Darreichungsform	Größe	Anzahl	Preis

Jede Bestellung ist versandkostenfrei!

Zahlungswunsch (bitte ausfüllen)

☐ per Rechnung ☐ mit beiliegendem Rezept (Anzahl: ___) ☐ per Bankeinzug

(bei Bankeinzug) Kreditinstitut _____ BLZ _____ Konto-Nr. _____

Kontoinhaber = Rechnungsempfänger!

Ort, Datum

Unterschrift des Kontoinhabers

10 Euro Werbeprämie für jeden neuen Kunden,

· der über 18 Jahre alt ist und der · nicht im selben Haushalt wohnt und der
· für mindestens 30 Euro bestellt oder der · ein Kassenrezept einschickt

Und so geht´s:

· Teilen Sie uns mit, wen Sie geworben haben (per Formular + Freiumschlag, Telefon, Fax oder E-Mail)
· bei Bestellungen über www.apotal.de trägt Ihr Neukunde Ihre Kundennummer oder Ihre Adresse im Feld „Anmerkung zu dieser Bestellung" ein
· vorausgesetzt die Rechnung wurde vom Neukunden beglichen, schreiben wir Ihrem Kundenkonto 10 Euro gut. (Beachten Sie bitte, dass das Zahlungsziel 10 Tage beträgt und Sie daher auch erst nach Ablauf dieser Frist die Werbeprämie gutgeschrieben bekommen.)

Bestellung Neukunde

Herr ☐ Frau ☐ Diabetiker ja ☐ nein ☐

Name, Vorname* _____

Straße, Nr.* _____ Plz, Ort* _____

Telefon* _____ E-mail _____

Geburtsdatum* _____ * sind Pflichtfelder und müssen ausgefüllt werden!

abweichende Lieferadresse einmalig ☐ dauerhaft ☐

Name, Vorname _____

Straße, Nr. _____ Plz, Ort _____

PZN	Artikelbezeichnung	Darreichungsform	Größe	Anzahl	Preis

Jede Bestellung ist versandkostenfrei!

Zahlungswunsch (bitte ausfüllen)

☐ per Rechnung ☐ mit beiliegendem Rezept (Anzahl: ___) ☐ per Bankeinzug

(falls Bankeinzug) Geldinstitut _____ BLZ _____ Konto-Nr. _____
Kontoinhaber = Rechnungsempfänger!

Ort, Datum Unterschrift Neukunde

Bitte werben Sie nur einen Kunden, der auch gleichzeitig eine Bestellung aufgibt, um so technische Probleme zu vermeiden. Wir würden uns sehr freuen, wenn Sie uns in diesem Punkt entgegen kommen.

Stand: Jan. 2008