

Bestellschein bitte ausfüllen, ausdrucken und unterschrieben per Freiumschlag an uns zurückschicken oder direkt mit digitaler Unterschrift via eMail absenden.

Bestellschein

Antwort
Bad Apotheke
49213 Bad Rothenfelde

Bestellen Sie
 • telefonisch kostenfrei **0800-10 11 422**
 • im Onlineshop **www.apotal.de**
 • per Fax **05424-21 64 47**
 • per Post mit **Freiumschlag**

Für eine kostenlose telefonische Beratung erreichen Sie uns von
Montag bis Freitag von **6.00 Uhr bis 22.00 Uhr** und am **Samstag** von **9.00 Uhr bis 14.00 Uhr**
 unter der Hotline 0800 - 10 11 422

Kundendaten

Frau Herr

Kunden-Nr. _____ Geb.-Datum _____

Name _____ Vorname _____ eMail _____

Straße _____ Nr. _____ PLZ _____ Ort _____ Telefon _____ Fax _____

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 _____  _____ **Bestellung senden** 