

Bestellformular

Ich bestelle folgende Artikel (Arzneimittel, Körperpflegeprodukte oder Produkte aus dem Nebensortiment)

(Bitte in Druckschrift ausfüllen)

Ich lege (Anzahl) Kassenrezept(e) oder (Anzahl) Privatrezepte bei.

Diese Artikel bitte nicht zusätzlich in die unten stehende Tabelle eintragen. Wir übernehmen sie von Ihrem Rezept. Bitte beachten Sie, dass folgende Angaben unbedingt auf dem Rezept vorhanden sein müssen: Name, Anschrift, Geburtsdatum des Patienten, Bezeichnung und Nummer der Krankenkasse, Ausstellungsdatum (Gültigkeit Kassenrezepte 4 Wochen), Unterschrift des Arztes.

Schicken Sie bitte das ausgefüllte Bestellformular mit Rezept(en) per Post an: Apotheke an der Weleda, Auftragsannahme, Möhlerstr. 1, 73525 Schwäbisch Gmünd.

Ich bin von der Zuzahlung befreit. Bitte fügen Sie einmalig eine Kopie des Nachweises für das laufende Jahr bei.

Pharmazentralnr. (PZN 7-stellig)	Artikelbezeichnung	Form z.B. Dil, Tbl	Größe	Anzahl

Rezepturmischungen bitte als Text eingeben:

Liefer- und Rechnungsanschrift

Vorname _____

Nachname _____

Straße / Nr. _____

PLZ / Ort _____

Telefon tagsüber _____

Abweichende Lieferadresse

Vorname _____

Nachname _____

Straße / Nr. _____

PLZ / Ort _____

Telefon tagsüber _____

Porto und Versandkosten innerhalb Deutschlands: 5,95 € (ab einem Warenwert von 50 € versandkostenfrei)

- Ich habe die Allgemeinen Geschäftsbedingungen (AGB) der Apotheke an der Weleda gelesen und akzeptiere diese. (Die AGB finden Sie unter www.apotheke-weleda.de) Hinweis: Ohne diese Bestätigung ist kein Warenversand möglich.

Bankverbindung (Pflichtfelder wegen Bankeinzug)

Kontoinhaber _____

IBAN _____ BIC _____

Name und Sitz der Bank _____

- Hiermit ermächtige ich die Apotheke an der Weleda, die zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit von meinem Konto einzuziehen.
Hinweis: Ohne die Einzugsermächtigung ist kein Warenversand möglich.

Ort, Datum, UnterschriftWenn Sie per Email bestellen, sind wir verpflichtet diese Angabe zu überprüfen.
Wir werden Sie dazu anrufen.