

Absender:

Entgelt
zahlt
Empfänger



Ihr Frei-Umschlag für Rezepte

Deutsche Post 
ANTWORT

Stadt Apotheke
in der Praxisklinik
Bahnhofstrasse 5
72622 Nürtingen

Besuchen Sie auch unsere Online-Filiale unter
www.apofaktur.de
Dort gibt's kostenlose Freiumschläge zum Ausdrucken



- 1** Legen Sie Ihr Originalrezept, Bestellung und den Gesundheitsfragebogen in die Mitte des Freiumschlages.
- 2** Falten Sie den Freiumschlag an den gestrichenen Linien, fangen Sie mit der unteren Kante des Blattes an.
- 3** Klappen Sie den oberen Bereich des Kuverts zusammen.
- 4** Als Letztes kleben Sie mit einem Klebeband Ihr fertiges Kuvert **an den Seiten** und **an der oberen Kante** zusammen.



BESTELLFORMULAR

Bitte füllen Sie das Formular in Großbuchstaben aus!

Kunden-Nummer (falls vorhanden): _____

Rechnungsadresse

Frau Herr _____
Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ) *

Vorname * _____ Nachname * _____

Straße/Haus-Nr. * _____

PLZ * _____ Ort * _____

Telefon tagsüber (für Rückfragen) * _____

E-Mail-Adresse _____

* Pflichtfelder

Lieferadresse (wenn abweichend)¹

Frau Herr _____

Vorname _____ Nachname _____

Straße/Haus-Nr. _____

Adresszusatz _____

PLZ _____ Ort _____

¹ nur möglich, wenn Lieferung von Apotheke angeboten wird.

Ihre Bankverbindung

Kontonummer / IBAN

BLZ / BIC

Ich ermächtige die Apotheke, einmalig eine Zahlung von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Apotheke auf mein Konto gezogene Lastschrift einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber

Ort, Datum

Unterschrift

Rezeptpflichtige Medikamente

Krankenkasse²

Versicherungsnummer

Ich lege Kassenrezept(e) und / oder
 Privatrezept(e) bei.

(Tragen Sie bitte diese Arzneimittel **nicht** gesondert unten in die Bestellfelder ein)

Mein Rezept enthält den Vermerk „aut idem“

Eine Kopie meines Befreiungsnachweises für Zuzahlungen

liegt bei. liegt Ihnen bereits vor.

Ja, ich bitte um Zusendung meines persönlichen Medikationsprofils.

² Pflichtfeld bei der Bestellung von rezeptpflichtigen Medikamenten.

Freiwillige Angaben

Ich habe folgende gesundheitliche Beeinträchtigungen:

Ich bin chronisch erkrankt an:

Ich bin Schwanger: Woche _____

Ich habe noch folgende Anmerkungen:

Rezeptfreie Medikamente (Bitte hier **keine** Medikamente von Ihrem Rezept eintragen)

PZN (Bestellnummer) ³ falls bekannt	Medikament / Artikel	Form (z.B. Tabl., Saft)	Packungsgröße (z.B. 50 g, 100 ml)	Anzahl

³ 8-stellige Nummer auf der Medikamentenpackung unter dem Strichcode.

Ich bestelle die oben aufgeführten Artikel zu den allgemeinen Geschäftsbedingungen der Apotheke
(Hinweis: Die AGB finden Sie auf unserer Homepage. Auf Wunsch senden wir Ihnen die AGB auch gerne zu.)