

# abc-arznei.de Bestellschein

abc-arznei.de · Susenburger Weg 14 · 38875 Elbingerode  
 Telefon: 039454 / 4899 - 0 · Fax **039454 / 4899 - 222**  
 E-Mail: info@abc-arznei.de · www.abc-arznei.de



**Rechnungsanschrift :** \_\_\_\_\_  
Kundennummer (falls zur Hand)

Herr  Frau  Titel

Nachname\* \_\_\_\_\_  
 Vorname\* \_\_\_\_\_  
 Geb.-Datum \_\_\_\_\_  
 Str. / Nr.\* \_\_\_\_\_  
 PLZ / Ort\* \_\_\_\_\_  
 Telefon (für Rückfragen)\* \_\_\_\_\_  
 E-Mail \* \_\_\_\_\_  
 \*wichtige Angaben (Pflichtfelder)

**Lieferanschrift:**

Herr  Frau

Nachname \_\_\_\_\_  
 Vorname \_\_\_\_\_  
 Straße / Nr. \_\_\_\_\_  
 PLZ / Ort \_\_\_\_\_

**Rezepte:**

Ich lege \_\_\_ Kassenrezepte und / oder \_\_\_ Privatrezepte bei.  
(Bitte diese Arzneimittel nicht gesondert in die Bestellfelder eintragen)

Tauschen Sie meine Medikamente, wenn möglich in zuzahlungsbefreite  
 Packungen mit gleichem Wirkstoff (anderes Medikament gleicher Wirkstoff)

Ich bin zuzahlungsbefreit:  ja  nein  
(Bitte legen Sie einmalig eine Kopie Ihres Befreiungsausweises bei.)

**Neukundenbestellung rezeptfreier Arzneimittel**

Hiermit bestelle ich nachfolgend aufgeführte Artikel zu den mir genannten Geschäftsbedingungen.  
(Hinweis: Diese finden Sie auf der Homepage www.abc-arznei.de; auf Wunsch schicken wir Ihnen die AGB's auch gerne zu.)

Name des Gesundheitsproduktes oder Medikaments	Form <small>(z.B. Tabl., Gel, Spray) falls bekannt</small>	Packungsgröße <small>(z.B. 200 ml, 100 Stück) falls bekannt</small>	Art.-Nummer (PZN) <small>(7-stellige Nr. auf Packung, meist neben Strichcode) falls bekannt</small>	Menge	Preis in € <small>falls bekannt</small>
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					

(Hinweis: Bitte füllen Sie die Bestellung in Blockschrift aus, da wir unleserliche Bestellungen leider nicht bearbeiten können.)  
 Die Zahlung der verschreibungsfreien und/oder rezeptpflichtigen Medikamente und Zuzahlung erfolgt.

**Zahlungsart**  per Lastschrift  per Rechnung  per Vorkasse  
(Sie erhalten umgehend ein Vorkassenavis)

**Ihre Bankverbindung bei Lastschrift**

Kontoinhaber \_\_\_\_\_ Bankleitzahl \_\_\_\_\_  
 Kontonummer \_\_\_\_\_ Kreditinstitut \_\_\_\_\_

Die Ermächtigung zum Einzug aller anfallenden Rechnungen wird hiermit erteilt, ebenso wie vorherstehender Auftrag.  
 Die Einzugsermächtigung gilt bis zum Widerruf.

Datum

Unterschrift