



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)

Frau Herr

Vorname Nachname

Adresszusatz

Straße/Haus-Nr.

PLZ Ort

Rezeptpflichtige Medikamente

Krankenkasse¹

Versicherungsnummer

Ich lege Kassenrezept(e) und/oder
 Privaterezept(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 die Zusendung meines persönlichen Medikamentenprofils.

¹ Pflichtfeld bei der Bestellung von rezeptpflichtigen Medikamenten.

Freiwillige Angaben

Ich habe folgende gesundheitliche Beeinträchtigung:

Ich bin chronisch erkrankt an:

Ich bin Schwanger: Woche

Ich habe noch folgende Anmerkungen:



Bestellformular

Bitte füllen Sie das Formular in Großbuchstaben aus!

Kunden-Nummer:
(falls vorhanden)

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

PZN (Bestellnummer) ² (falls bekannt)	Medikament/Artikel	Form (z. B. Tabletten, Saft)	Packungsgröße (z. B. 50 g, 100 ml)	Anzahl
<input type="text"/>				
<input type="text"/>				
<input type="text"/>				
<input type="text"/>				
<input type="text"/>				
<input type="text"/>				
<input type="text"/>				
<input type="text"/>				
<input type="text"/>				
<input type="text"/>				

² 8-stellige Nummer auf der Medikamentenverpackung unter dem Strichcode.

Sepa-Lastschriftmandat

IBAN

BIG

Kontoinhaber

Ort, Datum

Unterschrift

- Ich ermächtige die Bahnhof-Apotheke, einmalig eine Zahlung von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Bahnhof-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.
- Ich bestelle die auf Seite 1 und 2 dieses Bestellformulars aufgeführten Artikel zu den allgemeinen Geschäftsbedingungen der Bahnhof Apotheke. (Die AGBs finden Sie unter www.gesundesleverkusen.de Auf Wunsch senden wir Ihnen die AGBs auch gerne zu.)

