

Bestellformular

Hirsch-Apotheke
Apotheker Birger Bär eKfm
Tumringerstr. 180
D-79539 Lörrach

Tel. 07621 - 2122
Fax: 07621 - 14787
Internet: www.medisale.de
E-Mail: bestellung@medisale.de

Registergericht:
Amtsgericht Freiburg
Registernummer:
HRA 41003

Persönliche Daten

Frau <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/>	_____	Firma _____	Krankenkasse _____
Titel _____	Vorname _____	Versichertennummer _____	
Name _____		Telefon (tagsüber) _____	
Straße und Hausnummer _____		Telefon (abends) _____	
PLZ _____	Ort _____	Fax _____	
Kunden-Nr. (falls vorhanden) _____	Geburtsdatum _____	E-Mail _____	

Alternative Lieferadresse

Vorname, Name _____	Firma _____
Straße und Hausnummer _____	PLZ _____ Ort _____

Rezepte

Ich lege dieser Bestellung Originalrezept(e) bei. Aus Sicherheitsgründen erfolgt kein Versand von Medikamenten, die der BTM-Verordnung unterliegen.

Bestellung

Artikel-Nr./PZN*	Name des Produktes o. Medikamentes	Packungsgröße**	Anzahl
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

* Die 7-stellige PharmaZentralNummer finden Sie auf der Arzneimittelpackung, in der Nähe des Strichcodes ** z.B. 10 Tabl.

Zahlungsart

Vorkasse

Unsere Bankverbindung:
Birger Bär
Sparkasse Lörrach-Rheinfelden
BLZ: 68350048
Kto.Nr.: 1059989

Bankeinzug

Konto-Inhaber _____
Konto-Nr. _____ BLZ _____
Bankinstitut _____

Rechnung (Zahlungsziel 10 Tage)

Per Nachnahme

Hiermit ermächtige ich Sie widerruflich, die von mir zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit zu Lasten meines Kontos einzuziehen. Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung.

Mit meiner Unterschrift akzeptiere ich die Allgemeinen Geschäftsbedingungen von medisale. (www.medisale.de/agb)

Ort, Datum _____

Unterschrift _____

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen, Zutreffendes ankreuzen, unterschreiben und absenden.