BESTELLSCHEIN



oflichtangaben

ľ	7		
	3		
	S		
	(_	
٠	÷	=	
	ř	=	۰
	3		
	Г		

Ich bin Neukunde	 Meine OnlineApo-Kundennummer
------------------	--

Ihre Adress- und Bestelldaten

Rechnungsadresse	○ Frau ○ Herr			
Vorname, Nachname				
Straße, Nr.				
PLZ, Ort				
Telefon (für Rückfragen)	Geburtsdatum			
Ohne vollständige Angaben ist der Versand Ihrer Bestellung leider nicht möglich. Um Ihnen eine umfassende Beratung durch unsere Pharmazeuten zu garantieren, benötigen wir Ihre Telefonnummer. Wir erfüllen damit auch die Anforderung der aktuellen Apothekenbetriebsordnung.				
E-Mail (für Rückfragen, kein Newsletter)	Fax			

Lieferadresse (wenn abweichend von Rechnungsadresse)

Firma		
Vorname, Nachname		
Straße, Nr.		
PLZ, Ort		

Standardversandkosten: 3,95 € (inkl. gesetzl. MwSt.)

Wir versenden ihre Bestellung mit DHL. Enthält Ihre Bestellung ein gültiges Kassen- oder **Privatrezept** mit mind. einem verschreibungspflichtigen Artikel oder liegt der Warenwert Ihrer Bestellung über 75 €, entfallen die Versandkosten (in Deutschland). Gemäß der Empfangsbedingungen von DHL darf das Paket auch bei Ihrem Nachbarn abgegeben werden, wenn Sie der Ersatzzustellung nicht ausdrücklich schriftlich per an den DHL-Privatkundenservice gerichtete-E-Mail oder per Briefpost widersprochen haben (DHL Paket GmbH, Kundenservice, 22795 Hamburg).

Ihr/e Rezept/e (bitte die Anzahl Ihrer beigelegten Rezepte eintragen)

Für die rezeptpflichtigen Arzneimittel lege ich

gültige/s Originalrezept/e bei.

Ihre Bestellung				
PZN / Artikelnr. falls bekannt (8-stellige Nr.)	Name des Arzneimittels / Gesundheitsproduktes	Form (z.B. Spray)	Packungsgröße (z.B. 100 ml)	Anzahl

Sollte der Platz für Ihre gewünschten Artikel nicht ausreichen, schreiben Sie diese bitte auf ein Blankoblatt.

Ihre Zahlungsart (Zutreffendes bitte markieren)

Bei den Zahlungsarten Rechnung und Lastschrift kann nach dem Ergebnis einer Bonitätsprüfung der Ausschluss dieser Zahlungsarten erfolgen. Bei Zahlung per Vorkasse erfolgt die Auslieferung erst nach Zahlungseingang des gesamten Kaufpreises.

O SEPA-Lastschriftmandat	Gläubiger-ID: DE32ZZZ00000383319
Kontoinhaber	
IBAN / Kontonummer	
BIC / Bankleitzahl	
Kreditinstitut	

Ich ermächtige Meine OnlineApo, die geschuldete Zahlung von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von Meine OnlineApo auf mein Konto gezogene Lastschrift einzulösen. Ich versichere, dass das angegebene Konto die erforderliche Deckung aufweist und ich über ein etwa angegebenes Fremdkonto uneingeschränkt verfügungsbefugt bin. Kosten, die aufgrund von Nichteinlösung oder Rückbuchung der Lastschrift entstehen, gehen zu Lasten des Käufers, solange die Nichteinlösung oder die Rückbuchung nicht durch die Meine OnlineApo verursacht wurde.

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. Die Mandatsreferenznummer steht in der Auftragsbestätigung bzw. auf der Rechnung. Rechnung (Zahlungsziel 10 Tage)

Vorkasse

Deutsche Kreditbank AG IBAN: DE60 1203 0000 1059 0382 63

BIC: BYLADEM1001

Ort. Datum

Unterschrift

Mit meiner Unterschrift akzeptiere ich die AGB von Meine OnlineApo, Geschäftsteil der APONEO Apotheke und versichere, dass meine Angaben wahrheitsgemäß sind. Die AGB können Sie im Internet unter ww onlineapo.de/informationen/rechtliches/agb/nachlesen. Auf Wunsch schicken wir Ihnen unsere AGB zu.

Nähere Informationen zur Datenschutzverarbeitung finden Sie unter www.meine-onlineapo.de/informationen/rechtliches/datenschutz/

Sie können uns den ausgefüllten Bestellschein faxen oder an die unten stehende Adresse senden. Meine Online Apoist ein Geschäftsteil der APONEO Apotheke, Inhaber Konstantin Primbas e. K Frankfurter Allee 241, 10365 Berlin.