

BESTELLSCHEIN

Kundenkennung/Kundennummer

Name/Vorname

Straße/Haus-Nummer

PLZ Ort

Telefon tagsüber (für Rückfragen)

Zuzahlungsbefreiung

Ja, bis Nein

h&h Apotheke

freecall

0 800-60 45 900



h&h Apotheke

Zustell-Adresse, falls abweichend von der Wohn-Adresse

Name/Vorname

Firma

Straße/Haus-Nummer

PLZ Ort

01/0001/08

REZEPTPFLICHTIGE MEDIKAMENTE

Menge eintragen

Ich lege ORIGINALREZEPT(E) bei.

(Die genaue Beschreibung der Medikamente entnehmen unsere Apotheker dem Originalrezept)

REZEPTFREIE MEDIKAMENTE

Artikelbezeichnung	Packungsgröße	PZN-Nummer	Menge	Gesamtpreis

Zahlungsmöglichkeiten bitte ankreuzen: per Lastschrift Bitte unbedingt vollständige Bankverbindung angeben. auf Rechnung

Hiermit ermächtige ich die h&h Apotheke, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die auf meinem Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Der Zahlungspflichtige kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit dem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Name Kreditinstitut: _____

IBAN: _____

BIC : _____

Unterschrift: _____

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Bestellung:

_____ / _____

Datum / Unterschrift

Liefer- und Zahlungsbedingungen: Zahlbar netto innerhalb von 14 Tagen. Ab € 40,- Auftragswert Lieferung innerhalb Deutschlands frei Haus per DHL. Andernfalls berechnen wir € 4,50. Es gelten die bekannten AGB's.