

## Bestellformular

**Ich bestelle folgende Artikel** (Arzneimittel, Körperpflegeprodukte oder Produkte aus dem Nebensortiment)

(Bitte in Druckschrift ausfüllen)

Ich lege  (Anzahl) Kassenrezept(e) oder  (Anzahl) Privatrezepte bei.

**Diese Artikel bitte nicht zusätzlich in die unten stehende Tabelle eintragen.** Wir übernehmen sie von Ihrem Rezept. Bitte beachten Sie, dass folgende Angaben unbedingt auf dem Rezept vorhanden sein müssen: Name, Anschrift, Geburtsdatum des Patienten, Bezeichnung und Nummer der Krankenkasse, Ausstellungsdatum (Gültigkeit Kassenrezepte 4 Wochen), Unterschrift des Arztes.

**Schicken Sie bitte das ausgefüllte Bestellformular mit Rezept(en) per Post an:** Apotheke an der Weleda, Auftragsannahme, Möhlerstr. 1, 73525 Schwäbisch Gmünd.

Ich bin von der Zuzahlung befreit. Bitte fügen Sie einmalig eine Kopie des Nachweises für das laufende Jahr bei.

| Pharmazentralnr.<br>(PZN 7-stellig) | Artikelbezeichnung | Form<br>z.B. Dil, Tbl | Größe | Anzahl |
|-------------------------------------|--------------------|-----------------------|-------|--------|
|                                     |                    |                       |       |        |
|                                     |                    |                       |       |        |
|                                     |                    |                       |       |        |
|                                     |                    |                       |       |        |
|                                     |                    |                       |       |        |
|                                     |                    |                       |       |        |

Rezepturmischungen bitte als Text eingeben:

**Liefer- und Rechnungsanschrift**

Vorname \_\_\_\_\_

Nachname \_\_\_\_\_

Straße / Nr. \_\_\_\_\_

PLZ / Ort \_\_\_\_\_

Telefon tagsüber \_\_\_\_\_

**Abweichende Lieferadresse**

Vorname \_\_\_\_\_

Nachname \_\_\_\_\_

Straße / Nr. \_\_\_\_\_

PLZ / Ort \_\_\_\_\_

Telefon tagsüber \_\_\_\_\_

Porto und Versandkosten innerhalb Deutschlands: 5,95 € (ab einem Warenwert von 50 € versandkostenfrei)

 Ich habe die Allgemeinen Geschäftsbedingungen (AGB) der Apotheke an der Weleda gelesen und akzeptiere diese. (Die AGB finden Sie unter [www.apotheke-weleda.de](http://www.apotheke-weleda.de)) Hinweis: Ohne diese Bestätigung ist kein Warenversand möglich.**Bankverbindung** (Pflichtfelder wegen Bankeinzug)

Kontoinhaber \_\_\_\_\_

Kontonummer \_\_\_\_\_ Bankleitzahl \_\_\_\_\_

Name und Sitz der Bank \_\_\_\_\_

 Hiermit ermächtige ich die Apotheke an der Weleda, die zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit von meinem Konto einzuziehen.  
Hinweis: Ohne die Einzugsermächtigung ist kein Warenversand möglich.\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, UnterschriftWenn Sie per Email bestellen, sind wir verpflichtet diese Angabe zu überprüfen.  
Wir werden Sie dazu anrufen.