

Fax-Bestellformular

per Fax an: 0800-8113300



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

Bestelldaten	
<input type="radio"/> Frau <input type="radio"/> Herr _____ <div style="text-align: center; font-size: small;">Firma</div> _____ <div style="text-align: center; font-size: small;">Titel Vorname</div> _____ <div style="text-align: center; font-size: small;">Name</div> _____ <div style="text-align: center; font-size: small;">Straße und Hausnummer</div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <input style="width: 100%;" type="text"/> </div> <div style="width: 50%;"> <input style="width: 100%;" type="text"/> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <div style="font-size: x-small; margin-bottom: 2px;">PLZ</div> <input style="width: 100%;" type="text"/> </div> <div style="width: 50%;"> <div style="font-size: x-small; margin-bottom: 2px;">Ort</div> <input style="width: 100%;" type="text"/> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: x-small; margin-top: 2px;"> <div style="width: 30%;">Kunden-Nr. (falls vorhanden)</div> <div style="width: 30%;">Geburtsdatum</div> <div style="width: 40%;"></div> </div>	_____ <div style="text-align: center; font-size: small;">Krankenkasse</div> _____ <div style="text-align: center; font-size: small;">Versichertennummer</div> _____ <div style="text-align: center; font-size: small;">Telefon (tagsüber)</div> _____ <div style="text-align: center; font-size: small;">Telefon (abends)</div> _____ <div style="text-align: center; font-size: small;">Fax</div> _____ <div style="text-align: center; font-size: small;">E-Mail</div>
<input type="radio"/> Separate Lieferadresse	
_____ <div style="text-align: center; font-size: small;">Vorname, Name</div> _____ <div style="text-align: center; font-size: small;">Straße und Hausnummer</div>	_____ <div style="text-align: center; font-size: small;">Firma</div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <input style="width: 100%;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: x-small; margin-top: 2px;"> <div style="width: 30%;">PLZ</div> <div style="width: 40%;"></div> <div style="width: 30%;">Ort</div> </div>

Rezepte	
Ich lege dieser Bestellung <input type="checkbox"/> Originalrezept(e) bei.	Aus Sicherheitsgründen erfolgt kein Versand von Medikamenten, die der BTM-Verordnung unterliegen.

Bestellung			
PZN*	Name des Produkts o. Medikaments	Packungsgröße**	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"/>	<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"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

Zahlungsart	
<input type="radio"/> Vorkasse Unsere Bankverbindung: Postbank (Hannover) BLZ 250 100 30 Konto-Nr. 380300	<input type="radio"/> Bankeinzug _____ <div style="text-align: center; font-size: x-small;">Konto-Inhaber</div> <input style="width: 100%;" type="text"/> <div style="text-align: center; font-size: x-small;">Konto-Nr.</div> <input style="width: 100%;" type="text"/> <div style="text-align: center; font-size: x-small;">BLZ</div>
<input type="radio"/> Rechnung (Rechnungsbetrag sofort fällig)	
_____ <div style="text-align: center; font-size: small;">Bankinstitut</div>	
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 gesundarznei. (www.gesundarznei.de/agb)

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------

Zum Zweck der Entscheidung über die Begründung, Durchführung oder Beendigung des Vertragsverhältnisses erheben oder verwenden wir Wahrscheinlichkeitswerte, in deren Berechnung unter anderem Anschriftendaten einfließen.

