



Medikamenten-Bestellung in der Klösterl-Apotheke

per Fax: 089 / 54 34 32-77

Zahl der Seiten _____

Bitte senden Sie mir folgende Medikamente zu
zgl. 4,70 € Versandkosten nach Deutschland (ab Rechnungswert 150,- € portofrei; Versandkosten ins Ausland bitte erfragen)

Rechnungs-Adresse:

Name, Vorname

Straße, Nr. – oder Kunden-Nr.

PLZ, Ort

Telefon (Pflichtfeld für Beratung und Rückfragen)

evtl. abweichende Lieferadresse:

Name, Vorname

Straße, Nr.

PLZ, Ort

E-Mail

Zahlungsweise: Lastschrift: Bitte SEPA-Mandat ausfüllen oder SEPA-Lastschriftmandat bereits eingereicht

Ja, bitte senden Sie mir regelmäßig per E-Mail interessante Neuigkeiten und Informationen zur Klösterl-Apotheke zu.
Ihre Einwilligung können Sie jederzeit widerrufen. Der Schutz Ihrer persönlichen Daten ist uns sehr wichtig, daher geben wir Ihre Daten selbstverständlich nie an unbefugte Dritte weiter.

Menge	Arzneimittel / Artikel / Stärke (evtl. Herstellerfirma)	Darreichungs- form	Packungs- größe	PZN (falls vorhanden)

Außerdem lege ich bei: _____ Kassenrezept(e) und/oder _____ Privatrezept(e) und bestelle diese Mittel

Weitere Angaben: Krankenkasse: _____

Falls zutreffend: Ich bin zuzahlungsbefreit und lege eine Kopie meines Befreiungsausweises bei.
 Aut-Idem angekreuzt?

Datenschutz-Hinweis: Ich habe die Datenschutzerklärung zur Kenntnis genommen (abrufbar unter www.kloesterl-apotheke.de) und willige ein, dass die Klösterl-Apotheke die von mir mitgeteilten Adress- und Gesundheitsdaten erhebt und verarbeitet, soweit dies für die Begründung und Durchführung des Vertragsverhältnisses erforderlich ist. Bei der Bestellung von Arzneimitteln per Rezept bin ich, soweit erforderlich, mit der Weitergabe der mitgeteilten Gesundheitsdaten an meine Krankenkasse einverstanden.

Ort, Datum

(mit meiner Unterschrift verpflichte ich mich zur Abnahme der bestellten Produkte – Arzneimittel sind per Gesetz vom Umtausch ausgeschlossen)

Unterschrift



Beiblatt zur Medikamenten-Bestellung

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger):

Klösterl-Apotheke am Färbergraben
Johannes Zeise-Wallbrecher e.K.
Postfach 10 09 05
80083 München

Gläubiger-Identifikationsnummer:
DE94ZZZ00000034846

SEPA-Lastschriftmandat

Wiederkehrende Zahlungen

Kontoinhaber (Name, Vorname)

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefonnummer: Festnetz oder Mobil

Kreditinstitut

BIC

IBAN: _____

Mandatsreferenz (= Kundennummer): _____

Ich ermächtige (Wir ermächtigen) die Klösterl-Apotheke, Zahlungen von meinem (unserem) Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein (weisen wir unser) Kreditinstitut an, die von der Klösterl-Apotheke auf mein (unser) Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis:

Ich kann (Wir können) innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem (unserem) Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Im Rahmen des SEPA-Lastschriftmandates wird die Klösterl-Apotheke Sie mindestens 5 Tage vor Fälligkeit mit der jeweiligen Rechnung über Abbuchungsbetrag und Abbuchungstermin informieren (Pre-Notification).

Ort, Datum

Unterschrift des Kontoinhabers