

Bestellschein

☐ Ich bin Neukunde ☐ Meine Delmed-Kundennummer _____



Ihre Adress- und Bestelldaten

Rechnungsadresse ☐ Frau ☐ Herr ☐ Divers

Vorname, Nachname*

Straße, Nr.*

PLZ, Ort*

E-Mail (für aktuellen Bestellstatus, Bestell- und Versandbestätigung, kein Newsletter)

Telefon (für Rückfragen)

Geburtsdatum

* Pflichtangaben

Hinweis: Ohne vollständige Angaben ist der Versand Ihrer Bestellung nicht möglich. Um Ihnen eine umfassende Beratung durch unsere Pharmazeuten zu garantieren, benötigen wir Ihre Telefonnummer. Wir erfüllen damit die Anforderung der aktuellen Apothekenbetriebsordnung.

Lieferadresse (wenn abweichend von Rechnungsadresse)

☐ Abweichende Lieferadresse / Alternativer Empfänger

Firma

Vorname, Nachname

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Wir versenden ihre Bestellung mit DHL. Enthält Ihre Bestellung ein gültiges Kassen- oder Privatrezept mit mind. einem verschreibungspflichtigen Artikel entfallen die Versandkosten (in Deutschland). Unsere aktuellen Versandkosten und Lieferbedingungen finden Sie unter: www.delmed.de/lieferung-und-versand/

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).

Ihre Rezepte (bitte die Anzahl Ihrer beigelegten Rezepte eintragen)

Für die rezeptpflichtigen Arzneimittel lege ich _____ gültige/s Originalrezept/e bei.

Bei Zuzahlungsbefreiung ist eine Abrechnung mit der Krankenkasse möglich, wenn diese auf dem Rezept vermerkt ist, oder Sie uns eine Kopie Ihres gültigen Befreiungsausweises einreichen.

Bestellung rezeptfreier Arzneimittel

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 einer Bestellung per Bestellschein steht nur die Zahlung Vorkasse zur Auswahl. Bei Zahlung per Vorkasse erfolgt die Auslieferung erst nach Zahlungseingang des gesamten Kaufpreises.

Vorkasse

Atida Plus B.V.

IBAN: NL44 COBA 0637 0618 96

BIC: COBANL2X

Bank: Commerzbank AG, Kantoor Amsterdam

Mit meiner Unterschrift versichere ich, dass meine Angaben wahrheitsgemäß sind und akzeptiere die AGB von **Delmed**. Die AGB können Sie im Internet unter www.delmed.de/allgemeine-geschaeftsbedingungen nachlesen. Auf Wunsch schicken wir Ihnen die AGB auch gerne zu. Nähere Informationen zur Datenschutzverarbeitung finden Sie unter www.delmed.de/datenschutz

Sie können uns den ausgefüllten Bestellschein faxen oder an die unten stehende Adresse senden.

Ort, Datum

Unterschrift

Delmed
Postfach 410111
41241 Mönchengladbach

Bestellung rezeptfreier Artikel auch unter:
Service 030 622 00 810 (Festnetztarif)
Beratung 0800 991 10 10 (kostenfrei)
Fax 0800 991 10 11 (kostenfrei)