apoXXL
Meine große Internetapotheke

Bestellformular

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

Persönliche Daten

☐ Frau ☐ Herr

Firma

Krankenkasse

Titel | Vorname

Versichertennummer

Name

Telefon (tagsüber)

Straße und Hausnummer

Telefon (abends)

PLZ | Ort

Fax

Kunden-Nr. (falls vorhanden) | Geburtsdatum

E-Mail

☐ Separate Lieferadresse

Vorname, Name

Firma

Straße und Hausnummer

PLZ | Ort

Rezepte

Ich lege dieser Bestellung ☐☐ Originalrezept(e) bei.

Aus Sicherheitsgründen erfolgt **kein** Versand von Medikamenten, die der BTM-Verordnung unterliegen.

Bestellung

PZN*	Name des Produkts o. Medikaments	Packungsgröße**	Anzahl

* Die 7-stellige **P**harma**Z**entral**N**ummer finden Sie auf der Arzneimittelpackung, in der Nähe des Strichcodes

** z.B. 10 Tabl.

Zahlungsart

☐ **Vorkasse**

Unsere Bankverbindung:

apoXXL
Volksbank Bad Oyenhausen-Herford
BLZ 494900 70
Konto-Nr. 305023001

☐ **Rechnung** (Zahlungsziel 10 Tage)

☐ **Bankeinzug**

Konto-Inhaber

Konto-Nr.

BLZ

Bankinstitut

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.

X _____ Ort, Datum

X _____ Unterschrift

Mit meiner Unterschrift akzeptiere ich die Allgemeinen Geschäftsbedingungen von apoXXL. (www.apoXXL.de/agb)