

Bestellschein

QUICK-PHARMA



Persönliche Daten

Name, Vorname:
Kundennummer (falls vorhanden):
Straße, Hausnr.:
Postleitzahl, Ort:
Tel.:
E-Mail:
Geburtsdatum (TT/MM/JJJJ):

Achtung! Medikamente auf Rezept

Ich lege für rezeptpflichtige Medikamente  Originalrezept(e) bei.

Bei Zuzahlungsbefreiung ist eine Abrechnung mit der Krankenkasse nur möglich, wenn dieses auf dem Rezept vermerkt ist und Sie eine Kopie Ihrer gültigen Bescheinigung einreichen.

Ich möchte folgende freiverkäufliche Medikamente zu den mir bekannten Geschäftsbedingungen bestellen:

Zu Risiken und Nebenwirkungen lesen Sie die Packungsbeilage und fragen Sie Ihren Arzt oder Apotheker.

PZN	Artikelbezeichnung	Darreichung	Packungsgröße	Menge	Gesamtpreis

Alle Preise inkl. MwSt. und ggfs. zzgl. Versandkosten.

Bitte schicken Sie den Bestellschein und ggfs. Ihre Rezepte an folgende Adresse:

Quick-Pharma
Elefanten Apotheke
Sammelweisstraße 56-64
12524 Berlin

Tel.: 0800 784 25 27
Fax: (030) 51 65 33 840

Mail: service@quick-pharma.de
Web: www.quick-pharma.de

So möchte ich zahlen

per Rechnung per Bankeinzug

Kontoinhaber (falls abweichend):
Geldinstitut:
Kontonr.:
BLZ:

Datum:
Unterschrift:

Kostenlose Bestell-Hotline: Tel.: 0800 784 25 27