

Ich bin Neukunde     Meine Pharmeo-Kundennummer

## Ihre Adress- und Bestelldaten

### Rechnungsadresse

Frau     Herr

Vorname, Nachname

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Telefon (für Rückfragen)

Geburtsdatum

Ja, ich habe die Erklärung zum **Datenschutz** gelesen und verstanden. Auf Wunsch senden wir Ihnen die Datenschutzerklärung zu oder Sie rufen sie unter [www.pharmeo.de/rechtliches/datenschutz](http://www.pharmeo.de/rechtliches/datenschutz) ab.

E-Mail (für Rückfragen, kein Newsletter)    Fax

## Lieferadresse (wenn abweichend von Anschrift)

### Abweichende Lieferadresse / Alternativer Empfänger

Firma

Vorname, Nachname

Straße, Nr.

PLZ, Ort

### Standardversandkosten: 4,50 € (inkl. gesetzlicher MwSt.)

Wir versenden Ihre Bestellung mit DHL. Liegt der Warenwert Ihrer Bestellung über 55 €, entfallen die Versandkosten. Das Paket darf auch bei meinem Nachbarn abgegeben werden.

Ohne vollständige Angaben ist der Versand Ihrer Bestellung leider nicht möglich. Um Ihnen eine umfassende Beratung durch unsere Apotheker zu garantieren, benötigen wir Ihre Telefonnummer. Wir erfüllen damit auch die Anforderung der im Juni 2012 aktualisierten Apothekenbetriebsordnung.

## Ihre Rezepte (bitte die Anzahl Ihrer beigelegten Rezepte eintragen)

Für die rezeptpflichtigen Arzneimittel lege ich \_\_\_\_\_ gültige Originalrezepte bei.

## 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 Blankblatt.

## Zahlungsart (Zutreffendes bitte markieren)

Bei den Zahlungsarten Rechnung und Lastschrift kann nach dem Ergebnis einer Bonitätsprüfung der Ausschluss dieser Zahlungsarten erfolgen. Bei Zahlung per Vorkasse erfolgt die Auslieferung erst nach Gutschrift des gesamten Kaufpreises.

**SEPA-Lastschriftmandat**    Gläubiger-ID: DE32ZZZ00000383319

Kontoinhaber

IBAN / Kontonummer

BIC / Bankleitzahl

Kreditinstitut

**Rechnung**  
(Zahlungsziel 10 Tage)

**Vorkasse**  
Deutsche Kreditbank AG  
IBAN: DE60 1203 0000 1059 0382 63  
BIC: BYLADEM1001

Ort, Datum

Unterschrift

Ich ermächtige Pharmeo, die geschuldete Zahlung von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von Pharmeo auf mein Konto gezogene Lastschrift einzulösen. Ich versichere, dass das angegebene Konto die erforderliche Deckung aufweist und ich über ein etwa angelegenes Fremdkonto uneingeschränkt verfügungsbefugt bin. Kosten, die aufgrund von Nichteinlösung oder Rückbuchung der Lastschrift entstehen, gehen zu Lasten des Käufers, solange die Nichteinlösung oder die Rückbuchung nicht durch die Pharmeo verursacht wurde.

**Hinweis:** Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Die Mandatsreferenznummer steht in der Auftragsbestätigung bzw. auf der Rechnung.

Mit meiner Unterschrift akzeptiere ich die AGB von Pharmeo, Geschäftsteil der APONEO Apotheke und versichere, dass meine Angaben wahrheitsgemäß sind. Die AGB können Sie im Internet unter [www.pharmeo.de/rechtliches/agb](http://www.pharmeo.de/rechtliches/agb) nachlesen. Auf Wunsch schicken wir Ihnen unsere AGB auch gerne zu.

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

Pharmeo ist ein Geschäftsteil der APONEO Apotheke, Inhaber Konstantin Primbas e.K., Frankfurter Allee 241, 10365 Berlin.