

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 https://www.pharmeo.de/shop_content.php/colD/996/content/Datenschutzerklaerung 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: 2,90 € (inkl. gesetzlicher MwSt.)

Wir versenden Ihre Bestellung mit DHL. Enthält Ihre Bestellung ein gültiges **Kassen- oder Privatrezept** mit mind. einem verschreibungspflichtigen Artikel oder liegt der Warenwert Ihrer **Bestellung über 55 €**, entfallen die **Versandkosten** (in Deutschland). 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 Apothekenbetriebsverordnung.

Ihre Rezepte (bitte die Anzahl Ihrer beigelegten Rezepte eintragen)

Für die rezeptpflichtigen Arzneimittel lege ich _____ gültige Originalrezepte bei.

Bestellungen rezeptfreier Arzneimittel

PZN / Artikelnr. <small>falls bekannt (8-stellige Nr.)</small>	Name des Arzneimittels / Gesundheitsproduktes	Form <small>(z.B. Spray)</small>	Packungsgröße <small>(z.B. 100 ml)</small>	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 Kredit Bank
IBAN: DE60 1203 0000 1059 0382 63
BIC/SWIFT: 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 angegebenes Fremdkonto uneingeschränkt Verfügungsbefugte bin. Kosten, die aufgrund von Nichteinlösung oder Rückbuchung der Lastschrift entstehen, gehen zu Lasten des Käufers, solange die Nichteinlösung oder die Rückbuchung nicht durch 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 Mandantsreferenznummer steht in der Auftragsbestätigung bzw. auf der Rechnung.

Mit meiner Unterschrift versichere ich, dass meine Angaben wahrheitsgemäß sind und akzeptiere die AGB von Pharmeo. Die AGB können Sie im Internet unter https://www.pharmeo.de/shop_content.php/colD/3/content/AGB nachlesen. Auf Wunsch schicken wir Ihnen die AGB auch gerne zu.
Pharmeo ist ein Geschäftsteil der Apotheke von Konstantin Primbas e.K., Frankfurter Allee 241, 10365 Berlin.
Sie können uns den ausgefüllten Bestellschein faxen oder an die unten stehende Adresse senden.

Einfach online
Sofort bestellen unter
www.pharmeo.de

Einfach per Fax
Schnell und bequem
030 622 00 212

Einfach per Post
Pharmeo
Plauener Str. 163-165, 13053 Berlin

Einfach gut beraten
Rufen Sie uns an
0800 999 28 28**

**Kostenfrei aus dem deutschen Netz