

Ich bin Neukunde Meine APONEO-Kundennummer _____

Ihre Adress- und Bestelldaten

Rechnungsadresse

Frau Herr

Vorname, Nachname

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Telefon (für Rückfragen)

Geburtsdatum

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

Lieferadresse (wenn abweichend von Rechnungsadresse)

Abweichende Lieferadresse / Alternativer Empfänger

Firma

Vorname, Nachname

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Standardversandkosten: 3,95 € (inkl. gesetzl. 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 29 €**, entfallen die **Versandkosten** (in Deutschland). 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).

Ihr/e Rezept/e (bitte die Anzahl Ihrer beigelegten Rezepte eintragen)

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

Ihre Bestellung

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 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 Zahlungseingang 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 APONEO – Mehr als Apotheke, die geschuldete Zahlung von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von APONEO – Mehr als Apotheke auf mein Konto gezogene Lastschrift einzulösen. Ich versichere, dass das angegebene Konto die erforderliche Deckung aufweist und ich über ein etwa angegebene 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 APONEO – Mehr als Apotheke 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 versichere ich, dass meine Angaben wahrheitsgemäß sind und akzeptiere die AGB von APONEO – Mehr als Apotheke. Die AGB können Sie im Internet unter www.aponeo.de/informationen/rechtliches/agn/ nachlesen. Auf Wunsch schicken wir Ihnen die AGB zu. Nähere Informationen zur Datenschutzverarbeitung finden Sie unter www.aponeo.de/informationen/rechtliches/datenschutz/.

APONEO – Mehr als Apotheke ist ein Geschäftsteil der APONEO Apotheke, Frankfurter Allee 241, 10365 Berlin.

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