

Kunde

Frau Herr Kunden-Nr.:

Vorname:

Nachname:

Zusatz (z.B. Firma):

Straße| Nr.:

PLZ | Ort:

Telefon:

Telefax:

Abweichende Lieferanschrift

Frau Herr

Vorname:

Nachname:

Zusatz (z.B. Firma):

Straße| Nr.:

PLZ | Ort:

E-Mail:

Krankenkasse

Kasse:

Vers.-Nr.:

Geb.-Dat.:

Für die rezeptpflichtigen Arzneimittel lege ich (bitte Anzahl eintragen) Originalrezepte bei.

Hiermit bestelle ich nachfolgend aufgeführte Artikel zu den mir bekannten Geschäftsbedingungen (AGB)
 (Hinweis: Die AGB finden Sie auf der Homepage www.schnelle-pillen.de ; auf Wunsch schicken wir Ihnen die AGB auch gerne zu.)

Artikelbezeichnung	Form (z.B. Tabl., Spray etc.)	Packungsgröße (z.B. 100 ml) falls bekannt	Menge	Gesamtpreis in €
①				
②				
③				
④				
⑤				
⑥				

Bitte Zahlungsart wählen und ankreuzen:

Ich zahle per Vorkasse: Unsere Bankverbindung:
 Kto: 2501728023
 BLZ: 39362254
 Raiffeisenbank Eschweiler

Ich zahle per Lastschrift: Kontoinhaber:
 Kreditinstitut:
 Kontonummer:
 Bankleitzahl:

Ich zahle direkt beim Boten. (Diese Zahlungsmethode geht nur bei Botenlieferung, siehe AGB)
Die Ermächtigung zum Einzug aller anfallenden Rechnungen wird hiermit erteilt, ebenso wie vorstehender Auftrag. Die Einzugsermächtigung gilt bis zum Widerruf.
 Bitte besprechen Sie Ihren individuellen Arzneimittelbedarf ggf. mit Ihrem Arzt. Diese Formular dient nur der Arbeitserleichterung bei der Bestellung von persönlich benötigten Arzneimitteln.

Datum, Unterschrift