

# BESTELLFORMULAR

SCHLOSS-APOTHEKE AULENDORF

## I. Rechnungsadresse

Vor- und Nachname \_\_\_\_\_

Straße und Hausnummer \_\_\_\_\_

Postleitzahl und Ort \_\_\_\_\_

Telefonnummer / Telefaxnummer \_\_\_\_\_

## II. Lieferadresse

Vor- und Nachname \_\_\_\_\_

Straße und Hausnummer \_\_\_\_\_

Postleitzahl und Ort \_\_\_\_\_

Telefonnummer / Telefaxnummer \_\_\_\_\_

## III. Angaben zu Privatrezepten

- Ich möchte keine (Re)-Import-Arzneimittel, sondern nur Original-Hersteller
- Falls verfügbar, möchte ich ein preisgünstigeres (Re-)Import-Arzneimittel
- Falls verfügbar, möchte ich ein preisgünstigeres Generikum (= Nachahmer-Präparat)

## IV. Angaben zu Krankenkassenrezepten

- Ich muss keine Zuzahlung leisten, da ich
  - befreit bin. Eine Kopie des Befreiungsausweises liegt dieser Bestellung bei.
  - einen Arbeitsunfall hatte. (Bitte Betrieb und Unfalltag angeben, falls nicht auf dem Rezept vermerkt)
- Falls möglich, möchte ich ein zuzahlungsbefreites Medikament erhalten

## V. Bestellung: Verschreibungspflichtige Arzneimittel (z.B. g-Strophanthin-Kapseln)

- Rezept(e) liegt/liegen dieser Bestellung bei

## VI. Preisanfrage und Bestellung: Freiverkäufliche Arzneimittel

Bestellmenge	Artikelbezeichnung/Stärke	Packungsgröße	PZN (falls bekannt)	Preis in €

Die Versendung der freiverkäuflichen Arzneimittel erfolgt erst, nachdem Sie sich mit unserem Preisangebot einverstanden erklärt haben.

## VII. AGB

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie mindestens 18 Jahre alt sind, den sich aus der Bestellung ergebenden Zahlungsverpflichtungen nachkommen und unsere Allgemeinen Geschäftsbedingungen (AGB) akzeptieren, die Sie unter [www.naltrexon-apotheke.de](http://www.naltrexon-apotheke.de) einsehen können.

Wichtig: Der Mindestbestellwert beträgt 10 €. Falls Sie verschreibungspflichtige Arzneimittel bestellen möchten, schicken Sie uns bitte Ihr(e) Rezept(e) zu, denn nur dann dürfen wir diese beliefern.

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

