



Persönliche Daten

Frau <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/>	_____	Krankenkasse _____
	Firma _____	
_____	Vorname _____	Versichertennummer _____
Name _____		Telefon (tagsüber) _____
Straße und Hausnummer _____		Telefon (abends) _____
PLZ _____	Ort _____	Fax _____
Kunden-Nr. (falls vorhanden) _____	Geburtsdatum _____	E-Mail _____

Alternative Lieferadresse

Vorname, Name _____	Firma _____
Straße und Hausnummer _____	PLZ _____ Ort _____

Rezepte

Ich lege dieser Bestellung Originalrezept(e) bei.

Aus Sicherheitsgründen erfolgt kein Versand von Medikamenten, die der BTM-Verordnung unterliegen.

Bestellung

Artikel-Nr./PZN*	Name des Produkts o. Medikaments	Packungsgröße**	Anzahl
_____	_____	_____	____
_____	_____	_____	____
_____	_____	_____	____
_____	_____	_____	____
_____	_____	_____	____

* Die 7-stellige PharmaZentralNummer finden Sie auf der Arzneimittelpackung, in der Nähe des Strichcodes ** z.B. 10 Tabl.

Zahlungsart

Vorkasse

Unsere Bankverbindung:
Deutsche Apotheker- und Ärztebank
Dr. Bernhard Fuerst
BLZ: 300 60 601
Kto.Nr.: 0206 177 999

Bankeinzug

Konto-Inhaber _____
Konto-Nr. _____ BLZ _____
Bankinstitut _____

Rechnung (Zahlungsziel 10 Tage)

Per Nachnahme

Hiermit ermächtige ich Sie widerruflich, die von mir zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit zu Lasten meines Kontos einzuziehen.
Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung.

Mit meiner Unterschrift akzeptiere ich die Allgemeinen Geschäftsbedingungen von der St. Georg Apotheke (www.st.-georg-versandapotheke.de/agb)

Ort, Datum _____

Unterschrift _____

Zum Zweck der Entscheidung über die Begründung, Durchführung oder Beendigung des Vertragsverhältnisses erheben oder verwenden wir Wahrscheinlichkeitswerte, in deren Berechnung unter anderem Anschriftendaten einfließen.

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen, Zutreffendes ankreuzen, unterschreiben und absenden.