

☐ Ich bin Neukunde

Sparmed Kd-Nummer

Ihre Adress- und Bestelldaten

Rechnungsadresse

☐ Frau☐ Herr

Vorname, Nachname*

Straße, Haus-Nr.*

PLZ, Ort*

Telefon (für Rückfragen):

Geburtsdatum:

E-Mail (für Rückfragen, kein Newsletter)

Fax

* Pflichtangaben

Hinweis: 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.

Lieferadresse (wenn abweichend von Anschrift)

☐ Abweichende Lieferadresse / Alternativer Empfänger:

Firma

Vorname, Nachname*

Straße, Haus-Nr.*

PLZ, Ort*

Ihre Rezepte (bitte die Anzahl Ihrer beigelegten Rezepte eintragen)

Für die rezeptpflichtigen Arzneimittel lege ich _____ gültige Originalrezepte bei.

Bei Zuzahlungsbefreiung ist eine Abrechnung mit der Krankenkasse möglich, wenn diese auf dem Rezept vermerkt ist, oder Sie uns eine Kopie Ihres gültigen Befreiungsausweises einreichen.

Bestellung rezeptfreier Arzneimittel

PZN / Artikelnr. falls bekannt (8-stellige Nr.)	Name des Arzneimittels / Gesundheitsproduktes	Form (z.B. Spray)	Packungsgröße (z.B. 100 ml)	Anzahl
08010499	kostenloser Freiumschlag			1

Zahlungsart (Zutreffendes bitte markieren)

Bei einem Warenwert unter **50 €** berechnen wir **3,95 €** Versandkosten (DHL). Bestellungen mit rezeptpflichtigen Artikeln sind versandkostenfrei.

☐ **Ja**, ich habe ein gültiges Kassen- oder Privatrezept mit mind. einem verschreibungspflichtigen Artikel beigelegt oder für mind. **50 €** bestellt und erhalte meine Bestellung versandkostenfrei.

☐ **SEPA-Lastschriftmandat***

Kontoinhaber

IBAN / Kontonummer

BIC / Bankleitzahl

Kreditinstitut

* Bitte beachten Sie, dass abhängig vom Warenkorb diese Zahlungsmöglichkeit ggf. nicht verfügbar ist.

Ich ermächtige **Sparmed**, die geschuldete Zahlung von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von **Sparmed** auf mein Konto gezogene Lastschrift einzulösen. Ich versichere, dass das angegebene Konto die erforderliche Deckung aufweist und ich über ein etwa angelegtes Fremdkonto uneingeschränkt Verfügungsbefugnis bin. Kosten, die aufgrund von Nichteinlösung oder Rückbuchung der Lastschrift entstehen, gehen zu Lasten des Käufers, solange die Nichteinlösung oder die Rückbuchung nicht durch **Sparmed** 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.

☐ **Vorkasse**

Atida Plus B.V.

IBAN: NL44 COBA 0637 0618 96

BIC: COBANL2X

Bank Commerzbank AG, Kantoar Amsterdam

Mit meiner Unterschrift versichere ich, dass meine Angaben wahrheitsgemäß sind und akzeptiere die AGB von **Sparmed**. Die AGB können Sie im Internet unter <https://www.sparmed.de/allgemeine-geschaeftsbedingungen> nachlesen. Auf Wunsch schicken wir Ihnen die AGB auch gerne zu.

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

Ort / Datum

Unterschrift / Kontoinhaber

Einlösung von Rezepten nur schriftlich an:

Sparmed

Postfach 410111

41241 Mönchengladbach

Bestellung rezeptfreier Artikel auch unter:

Service 030 622 00 012 (Festnetztarif)

Beratung 0800 99 10 070 (kostenfrei)

Fax 0800 99 11 071 (kostenfrei)