

☐ 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 aktuellen Bestellstatus, Bestell- und Versandbestätigung, kein Newsletter)

Fax

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

Lieferadresse (wenn abweichend von Anschrift)

☐ Abweichende Lieferadresse / Alternativer Empfänger:

Firma

Vorname, Nachname*

Straße, Haus-Nr.*

PLZ, Ort*

Wir versenden ihre Bestellung mit DHL. Enthält Ihre Bestellung ein gültiges Kassen- oder Privatrezept mit mind. einem verschreibungspflichtigen Artikel entfallen die Versandkosten (in Deutschland). Unsere aktuellen Versandkosten und Lieferbedingungen finden Sie unter: www.sparmed.de/lieferung-versand/

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).

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 einer Bestellung per Bestellschein steht nur die Zahlart Vorkasse zur Auswahl. Bei Zahlung per Vorkasse erfolgt die Auslieferung erst nach Zahlungseingang des gesamten Kaufpreises.

Vorkasse

Atida Plus B.V.

IBAN: NL44 COBA 0637 0618 96

BIC: COBANL2X

Bank Commerzbank AG, Kantoor Amsterdam

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

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

Ort, Datum _____

Unterschrift _____