

Bestellformular

Forellen Apotheke Tel. 02247 - 74 54 03 Registergericht: Siegburg
 Inh. Christoph Claudi Fax: 02247 - 75041 Registernummer: HRA 1974
 Zeithstr. 137 Internet: ventalis-shop.de Zuständige Kammer:
 53819 Seelscheid E-Mail: shop@ventalis.de Apothekerkammer Nordrhein



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

Persönliche Daten

Frau <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Firma _____ _____ Titel _____ Vorname _____ Name _____ Straße und Hausnummer _____ PLZ _____ Ort _____ Kunden-Nr. (falls vorhanden) _____ Geburtsdatum _____	Krankenkasse _____ Versichertennummer _____ Telefon (tagsüber) _____ Telefon (abends) _____ Fax _____ 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 Produktes o. Medikamentes	Packungsgröße**	Anzahl
_____	_____	_____	____
_____	_____	_____	____
_____	_____	_____	____
_____	_____	_____	____
_____	_____	_____	____

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

Zahlungsart

Rechnung (Zahlungsziel 10 Tage)	Bankeinzug
	Konto-Inhaber _____
	IBAN _____
	BIC _____
	Bankinstitut _____

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 ventalis. (www.ventalis-shop.de/agb)

Ort, Datum _____ Unterschrift _____