

Sie können das Formular
auch als Kopiervorlage
nutzen!

BESTELLUNG

www.parcelmed.de
email: kontakt@parcelmed.de

Parcelmed Internetapotheke
Merseburger Straße 181
D-06112 Halle (Saale)
FAX 0345-131 62 903

Kunde Herr Frau **REFERENZ IHRER ONLINE BESTELLUNG:** _____
Vorname Nachname:
Strasse PLZ / Ort
email Telefon

Evtl. abweichende Lieferadresse:

Firma Herr Frau
Vorname Nachname:
Strasse PLZ / Ort

Ihre Krankenversicherungsdaten:

Versicherung Vers.-Nummer
Gebühren zuzahlungspflichtig gebührenbefreit privat versichert

Ich wünsche die Lieferung so schnell wie möglich, am _____
Es handelt sich um eine einmalige Verschreibung

Ich füge dieser Bestellung ____ Rezepte zu Lasten meiner Kasse bei. (Bitte Anzahl eintragen)
Die Lieferung Ihrer Arzneimittel erfolgt kostenfrei innerhalb Deutschlands, Briefporto wird
erstattet

Die Begleichung der Zuzahlungen wünsche ich:
 sofort Sammelrechnung einmal monatlich

Zusätzlich möchte ich folgende Artikel bestellen

Name des Medikaments oder Produktes	Menge	Falls bekannt Form (Tablette, Kapsel, Salbe)	Packungsgröße (z.B. 100 Tabs, 500ml)	Falls bekannt Artikelnummer (PZN) meist neben dem Barcode (7-stellig)	Falls bekannt Preis in EUR aus Onlineangebot

Ich wünsche die Zahlung:

via Lastschrift via Vorkasse via Rechnung
(bitte ausfüllen) (Zahlungsziel 5 Tage)

Kontoinhaber

Kontonummer

Bankinstitut

BLZ

Ich erteile hiermit eine Ermächtigung zum Lastschrifteinzug der Rechnungen.

Falls die mir verordneten Medikamente durch wirkstoffgleiche und wirkungsgleiche aber günstigere Generika ausgetauscht werden können und dies zu einer Verminderung oder Vermeidung der Zuzahlung führt, bin ich mit einem Austausch einverstanden.

Datum _____ Unterschrift _____

Die Allgemeinen Geschäftsbedingungen sind mir bekannt. Diese sind unter www.parcelmed.de abrufbar oder können auf Wunsch zugeschickt werden.