



BESTELLUNG SEITE 1 VON 2

Ich bin Neukunde

Ich habe bereits eine Kundennummer: _____

RECHNUNGSANSCHRIFT

Frau Herr

Vorname, Nachname*

Zusatzbezeichnung (c/o, Fa., z.Hd. ...)

Straße, Hausnr.*

PLZ, Ort*

Geburtsdatum*

Rufnummer*

*Pflichtfelder

E-Mail-Adresse*

ZAHLARTEN

Bankeinzug | D | E | _____
IBAN (bei Bezahlung per Bankeinzug)

Ich zahle per Rechnung, nachdem ich meine Medikamente erhalten habe.

Nachnahme (+6,20 EUR)

Hiermit ermächtige ich die **Apotheke LUX 99** den von mir zu entrichtenden Gesamtbetrag von meinem o.g. Bankkonto einzuziehen. Ich verpflichte mich für die nötige Deckung zu sorgen.

Ort, Datum

Unterschrift

VERSANDOPTIONEN

DHL (3,95 EUR; Versandkostenfrei ab einem Bestellwert von 45 EUR oder bei Einlösung eines Rezeptes)

Selbstabholung (Versandkostenfrei; Apotheke LUX 99, 50354 Hürth Luxemburger Str. 99)

APOTHEKE LUX 99 TOBIAS LODER E.K. LUXEMBURGER STR. 99 50354 HÜRTH AMTSGERICHT KÖLN HRA 18511 UST-IDNR.: DE206281403
APOTHEKE-LUX99.DE INFO@APOTHEKE-LUX99.DE UNICREDIT BANK AG IBAN DE04 3022 0190 0018 6671 42 BIC HYVEDEMM414

KOSTENFREIE* HOTLINE 0800 800 00 99 TELEFON 0 2233 71 51 51 FAX** 02233 71 51 52**

MO-FR. 8:00-13:00 UHR & 14:00-18:30 UHR, SA. 09:00-14:00; *AUS DEM DEUTSCHEN FESTNETZ **GEBÜHRENPF LICHTIG



BESTELLUNG SEITE 2 VON 2

REZEPTPFLICHTIGE MEDIKAMENTE

- Ich lege meiner Bestellung ____ Kassenrezept(e) und/oder ____ Privatrezept(e) bei.
- Ich bin zuzahlungsbefreit. Eine Kopie des Befreiungsausweises liegt bei bzw. Ihnen bereits vor.
- Ich bin damit einverstanden, dass sich die Apotheke LUX 99 an die Vorgaben meiner Krankenkasse hält.

REZEPTFREIE MEDIKAMENTE

Anzahl	PZN**	Bezeichnung	Form	Größe

Anzahl PZN**

Bezeichnung

Form

Größe

(z.B. Tabletten)

(z.B. 100 St.)

** Sie finden die 8-stellige PZN (Pharmazentralnummer) auf der Medikamentenverpackung unter dem Strichcode oder auf der jeweiligen Artikelseite im Online-Shop.

ANMERKUNGEN

Alle Shop-Preise sind Endpreise inkl. Mehrwertsteuer, zzgl. Versandkosten bei einem Bestellwert unter 45 EUR. Versandkosten entfallen bei Einlösung eines Rezeptes. Es gelten unsere Allgemeinen Geschäftsbedingungen, die unter www.apotheke-lux99.de eingesehen werden können.

APOTHEKE LUX 99 TOBIAS LODER E.K. LUXEMBURGER STR. 99 50354 HÜRTH AMTSGERICHT KÖLN HRA 18511 UST-IDNR.: DE206281403
APOTHEKE-LUX99.DE INFO@APOTHEKE-LUX99.DE UNICREDIT BANK AG IBAN DE04 3022 0190 0018 6671 42 BIC HYVEDEMM414

KOSTENFREIE* HOTLINE 0800 800 00 99 TELEFON 0 2233 71 51 51 FAX 02233 71 51 52**

MO-FR. 8:00-13:00 UHR & 14:00-18:30 UHR, SA. 09:00-14:00; *AUS DEM DEUTSCHEN FESTNETZ **GEBÜHRENPFLICHTIG