

Bestellschein für rezeptpflichtige und rezeptfreie Medikamente

Anschrift (Bitte in GROSSBUCHSTABEN ausfüllen)

Lieferadresse

diese Lieferung bitte an folgende Adresse schicken

Name:
Straße:
PLZ/Ort:
Telefon:
Geburtsdatum: (Pflichtfeld)

Name:
Straße:
PLZ/Ort:

Rezeptpflichtige Medikamente (Bitte Originalrezepte beilegen)

Ich lege Kassenrezept(e) und/oder Privatrezept(e) bei

Nachweis zur Zuzahlungsbefreiung

ist beigefügt liegt bereits vor

Rezeptfreie Medikamente (Bitte hier keine Medikamente von Ihrem Rezept eintragen)

PZN	Medikament/Artikel	Form <small>(z. B. Tabl., Salbe)</small>	Packungsgröße <small>(z. B. 100g, 50 Tabl)</small>	Anzahl
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Bankdaten / Zustimmung Bankeinzug (Bitte keine Kreditkartendaten)

BIC: Kontoinhaber:
IBAN: Bank:
Datum: Unterschrift:

Einwilligungserklärung

Ich bin damit einverstanden, dass meine personen- und gesundheitsbezogenen Daten von der APOSAN Gruppe (APOSAN Versandapotheke, APOSAN Homecare und APOSAN Pharma (Geschäftsbereiche der APOSAN Dr. Künzer GmbH)) zum Zwecke meiner Beratung und, wenn notwendig, zur Herstellung meiner Rezepturarmittel erhoben, gespeichert, verarbeitet und genutzt werden. Keine Weitergabe personenbezogener Daten an Dritte.

Datum
Unterschrift