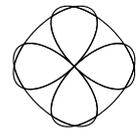


# Bestellformular



Stifts-Apotheke

seit 1900

Inh. A.-M. Möller  
Stiftstr. 72 · 32278 Kirchlengern  
0 52 23 / 76 18 18  
www.stifts-apotheke.de

## Rechnungsadresse

Name, Vorname

Straße

PLZ, Ort

Telefon (Pflichtangabe für Beratung und Rückfragen gem. ApBetrO)

E-Mail (für Versandbenachrichtigung)

## Lieferadresse (falls abweichend)

Name, Vorname

Straße

PLZ, Ort

Zahlungsweise:  Lastschrift mit ausgefülltem SEPA-Mandat oder  SEPA-Lastschriftmandat bereits eingereicht

**Meine Bestellung** zzgl. 7,00 € Versandpauschale in Deutschland (ab Rechnungswert 150,- € portofrei; Versandpauschalen ins Ausland nach Anfrage)

Menge	Arzneimittel / Artikel / Stärke (evtl. Herstellerfirma)	Darreichungs- form	Packungs- größe	PZN (falls vorhanden)

Ich lege \_\_\_\_\_ Kassenrezept(e) und/oder \_\_\_\_\_ Privatrezept(e) bei und bestelle diese Mittel.

Eine Kopie meines Befreiungsausweises für Zuzahlungen  liegt bei  habe ich dieses Jahr bereits zugeschickt.

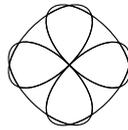
### Datenschutz-Hinweis:

Ich habe die Datenschutzerklärung zur Kenntnis genommen (abrufbar unter [www.stifts-apotheke.de](http://www.stifts-apotheke.de)) und willige ein, dass die Stifts-Apotheke die von mir mitgeteilten Adress- und Gesundheitsdaten erhebt und verarbeitet, soweit dies für die Begründung und Durchführung des Vertragsverhältnisses erforderlich ist. Bei der Bestellung von Arzneimitteln per Rezept bin ich, soweit erforderlich, mit der Weitergabe der mitgeteilten Gesundheitsdaten an meine Krankenkasse einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift

Mit meiner Unterschrift verpflichte ich mich zur Abnahme der bestellten Produkte. Arzneimittel sind per Gesetz vom Umtausch ausgeschlossen.



## Stifts-Apotheke

seit 1900

Inh. A.-M. Möller  
Stiftstr. 72 · 32278 Kirchlengern  
052 23 / 76 18 18  
www.stifts-apotheke.de

Name und Anschrift des Empfängers:

Stifts-Apotheke  
Inh. Anne-Maria Möller e.Kfr.  
Stiftstraße 72  
32278 Kirchlengern

Mandatsreferenz (= Kundennummer):

\_\_\_\_\_ wird bei Neukunden separat mitgeteilt

## SEPA-Lastschriftmandat

### Wiederkehrende Zahlungen

\_\_\_\_\_  
Kontoinhaber (Name, Vorname)

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer: Festnetz oder Mobil

\_\_\_\_\_  
Kreditinstitut

\_\_\_\_\_  
BIC

IBAN: .....

**SEPA nur in Deutschland oder Österreich möglich**

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE31ZZZ00001082416

Ich ermächtige (Wir ermächtigen) die Stifts-Apotheke, Zahlungen von meinem (unserem) Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein (weisen wir unser) Kreditinstitut an, die von der Stifts-Apotheke auf mein (unser) Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

**Hinweis:**

Ich kann (Wir können) innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem (unserem) Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Kontoinhabers