

# Ihr Bestellschein

**Wichtig!** Zur schnellen und fehlerfreien Bearbeitung benötigen wir einen ausgefüllten Bestellschein.



MARTINUS APOTHEKE

Bitte in **Großbuchstaben** ausfüllen.

|   |     |                                      |                                      |
|---|-----|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <b>Anschrift</b>  |     | <input type="checkbox"/> <b>Frau</b> | <input type="checkbox"/> <b>Herr</b> |
| Vorname   |     | Nachname                             |                                      |
| Straße  |     | Hausnummer                           |                                      |
| PLZ   | Ort |                                      |                                      |
| <b>Email-Adresse = Pflichtfeld</b>  |     |                                      |                                      |
| Tel. Nr. tagsüber (auch mobil) für Rückfragen und pharmazeutische Beratung = <b>Pflichtfeld</b> |     |                                      |                                      |
| <b>Geburtsdatum = Pflichtfeld</b>   |     |                                      |                                      |

|   |     |  |  |
|---|-----|--|--|
| <b>Lieferadresse</b>                                    |     | Falls abweichend von Ihrer Anschrift. Bitte bei <b>jeder Bestellung</b> angeben. |  |
| Vorname   |     | Nachname   |  |
| Firma/Adresszusatz                                      |     |  |  |
| Straße  |     | Hausnummer   |  |
| PLZ   | Ort |  |  |
| <b>Bei Lieferung an eine Packstation bitte angeben.</b> |     |  |  |
| Postnummer  |     | Packstation  |  |

|  |  |
|--|--|
| <b>Bankdaten - bitte keine Kreditkartendaten</b>   |  |
| IBAN   |  |
| Bank   |  |
| <b>Kontoinhaber</b><br><small>Ich ermächtige die Martinus Apotheke Daniel Siebert e.K. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich, weise ich mein Kreditinstitut an, die von Martinus Apotheke Daniel Siebert e.K. auf mein Konto gezogenen Lastschrift einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Gläubiger-ID: DE12ZZZ00001986507</small> |  |
| Unterschrift   |  |



|   |
|---|
| <b>Rezeptpflichtige Medikamente</b> (Bitte Originalrezepte beilegen.)   |
| <b>Ich lege</b> <input type="checkbox"/> <b>Kassenrezept(e) und/oder</b> <input type="checkbox"/> <b>Privatrezept(e) bei.</b><br>Falls Sie <b>von der Zuzahlung befreit</b> sind, legen Sie bitte <b>1x jährlich</b> eine Kopie Ihres Nachweises bei.<br><b>Bitte beachten Sie:</b> Bei einer verordneten individuellen Rezeptur, wenden Sie sich bitte vor Ihrer Bestellung an unseren Kundenservice unter +49 (0) 2761.2797 |

| <b>Rezeptfreie Medikamente</b> (Bitte hier keine Medikamente von Ihrem Rezept eintragen.) |                    |                             |  |                      |             |
|---|--------------------|-----------------------------|--|----------------------|-------------|
| PZN (Artikelnummer)*  | Medikament/Artikel | Form<br>(z.B. Tabl., Salbe) | Packungsgröße<br>(z.B. 100g, 50 Tabl.) | Anzahl/<br>Packungen | Einzelpreis |
|   |                    |                             |  |                      |             |
|   |                    |                             |  |                      |             |
|   |                    |                             |  |                      |             |
|   |                    |                             |  |                      |             |
|   |                    |                             |  |                      |             |
|   |                    |                             |  |                      |             |
|   |                    |                             |  |                      |             |
|   |                    |                             |  |                      |             |
|   |                    |                             |  |                      |             |

\* Falls zur Hand. Sie finden die Pharmazentralnummer (PZN) auf der Medikamentenschachtel, meist beim Strichcode.

Die Martinus Apotheke schützt Ihre Daten nach den Bestimmungen der DSGVO. Näheres auf martinus-apotheke.de/datenschutz.



MARTINUS APOTHEKE

**Jetzt Freiumschlag & Bestellschein drucken und direkt bestellen!**



MARTINUS APOTHEKE

Entgelt  
zahlt  
Empfänger

**ABSENDER**

---

---

---

---

Deutsche Post   
ANTWORT

**Martinus Apotheke**  
Martinstraße 23  
57462 Olpe



**So geht's:**

1. Ausgedrucktes Adressetikett ausschneiden und auf einen Umschlag kleben,
2. Ausgedruckten Bestellschein ausfüllen,
3. **Rezept und Bestellschein** mit dem Freiumschlag einsenden,
4. Sobald das Rezept in der Apotheke ist versenden wir umgehend.

**Bitte beachten Sie:** Bei individuellen Rezepturen oder schlecht lieferbaren Arzneimitteln nehmen Sie bitte vor Bestellung Kontakt mit unserem Kundenservice unter 02761.2797 auf.