KOPIERVORLAGE

Bestellschein
Fax 0800–0 766 767

Bestellt durch:

Kundennummer >
(falls zur Hand)

Name, Vorname

Telefon ◯ Bitte um Rückruf

Email

Datum ✗ Unterschrift des Arztes / Stempel

Adresse/Anschrift bitte hier eintragen:

Firma/Praxis

Straße, Hausnr.

PLZ Ort

Sprech-stunden-bedarf	privater Sprech-stunden-bedarf	Insti-tution	Produkt	Hersteller	Pack.-Gr.	Anzahl
☐	☐	☐				
☐	☐	☐				
☐	☐	☐				
☐	☐	☐				
☐	☐	☐				
☐	☐	☐				
☐	☐	☐				
☐	☐	☐				
☐	☐	☐				

07-2017

Wichtig! Bitte schicken Sie uns Ihre Rezeptverordnung für Bestellungen auf Sprechstundenbedarf (GKV). Vielen Dank.

Abweichender Wunschtermin (sonst Standardlieferservice):

Tag / Monat / Uhrzeit

Abweichende Lieferadresse:

Abweichende Rechnungsadresse:

Bei Impfstoff-Bestellung auf privaten Sprechstundenbedarf ist die Abrechnungsgrundlage der jeweils gültige Apotheken-Einkaufspreis + 3 % zzgl. MwSt. (außer gekennzeichnete Ausnahmen). Bei Bestellung auf Kassenrezept (PC-Rezept) erhalten Sie in jeder Bestellung einen fertig vorbereiteten Freiumschlag. Direktabrechnung mit den Kostenträgern.

RÖMER APOTHEKE Neuhoff & Krug OHG :: Römerstraße 16–18 :: 47495 Rheinberg
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE72ZZZ00000647118

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die RÖMER APOTHEKE Neuhoff & Krug OHG, Römerstraße 16–18, 47495 Rheinberg, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der RÖMER APOTHEKE Neuhoff & Krug OHG auf mein Konto gezogenen Lastschriften 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.

Kontoinhaber

Name Kreditinstitut _ _ _ _ _ _ _ _ | _ _ _
BIC Kreditinstitut

D E _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _
IBAN

Datum, Ort ✗ Unterschrift Kontoinhaber