KOPIERVORLAGE

GPK in Kooperation mit:

RÖMER APOTHEKE

Bestellschein
Fax 0800–100 39 69

Bestellt durch:

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

09–2010

Wichtig! Bitte schicken Sie uns Ihre Rezeptverordnung. Vielen Dank.

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.

Abweichender Wunschtermin (sonst Standardlieferservice):

Tag / Monat / Uhrzeit

Abweichende Lieferadresse:

Abweichende Rechnungsadresse:

Einzugsermächtigung

Hiermit ermächtigen wir die RÖMER APOTHEKE widerruflich, die jeweils fälligen Rechnungen zu Lasten unseres Girokontos einzuziehen. Wenn das Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Bankinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung.

Kontonummer BLZ

Bankinstitut

Kontoinhaber

Datum ✗ Unterschrift Kontoinhaber