



Sonnen-Apotheke

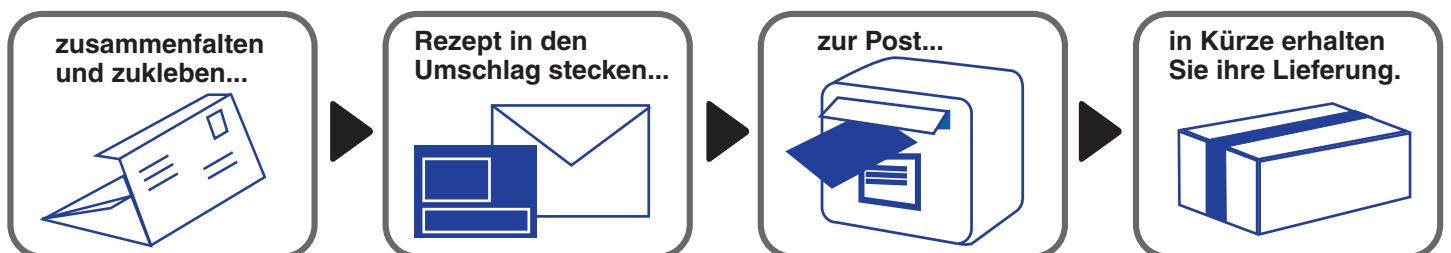
Schicken Sie uns Ihre Rezepte, wir versenden versandkostenfrei!

Versandkosten, bei Rezepten

0,- Euro



So geht's...



SO FALTEN SIE IHREN FREIUMSCHLAG

1. Seite ausdrucken
2. die Seiten 1 und 2 nach hinten falten
3. Rezepte und/oder Bestellschein einlegen
4. beide Seiten und Rückseite mit 3 Klebestreifen verschließen
5. ab in den Briefkasten, denn das Porto übernehmen wir für Sie!



Das Porto
übernehmen
wir für Sie!



ABSENDER

Antwort

Sonnen-Apotheke
Abteilung „apowirhelfen“
Alte Bergstr. 79
64665 Alsbach-Hähnlein



INFOS UND HINWEISE FÜR IHRE BESTELLUNG

Bei einer Rezeptbestellung benötigen wir Ihr Originalrezept, bitte legen Sie dieses - wenn möglich zusammen mit einem Bestellschein bei. Bitte vergewissern Sie sich, dass Sie alle Unterlagen zu Ihrer Bestellung vollständig ausgefüllt haben: auf dem Bestellschein insbesondere die persönlichen Daten, die Zahlweise und Ihre Unterschrift. Bitte geben Sie auch eine Telefonnummer bzw. E-Mail-Adresse für mögliche pharmazeutische Rückfragen an. Wir übernehmen keine Verantwortung für die Zustellung Ihrer Rezepte mit unserem Freiumschlag.



Sonnen-Apotheke

Gutscheincode (falls vorhanden)

Kundennr. (falls vorhanden)

Anschrift

Frau Herr

Vorname Nachname

Straße Hausnummer

PLZ Ort

Telefon tagsüber - auch Mobiltelefon (für Rückfragen)

Geburtsdatum

Emailadresse

Lieferadresse

falls abweichend von ihrer Anschrift. Bitte bei **jeder Bestellung** angeben

Vorname Nachname

Firma/ Adresszusatz

Straße Hausnummer

PLZ Ort

Zahlungs- / Bankdaten

ich zahle per:

Vorkasse Lastschrift

Sonnen-Apotheke

Kontoinhaber

apoBank

Bank

DE27 3006 0601 0403 0975 28

IBAN

DAAEDEDXXX

BIC

• bei Bestellungen mit Rezept

• ab 60,- Euro Warenwert versandkostenfrei

Versandkosten

0, Euro

Rezeptpflichtige Medikamente

Ich lege ___ Kassenrezept(e) und/ oder ___ Privatrezept(e) bei.
(Bitte diese Medikamente *nicht* gesondert unten in die Bestellzeilen eintragen)

Falls Sie von der Zuzahlung befreit sind, legen Sie bitte einmal jährlich eine Kopie Ihres Befreiungsnachweises bei.

Beratung:

Beratung: 06257-64264

Mo-Fr 09.00 - 18.00 Uhr

E-Mail:

service@apowirhelfen.de

Medikamente und sonstige Artikel

(Bitte hier keine Medikamente von Ihrem Rezept eintragen.)

PZN (Bestellnummer)	Medikament/Artikel	Darreichungsform	Packungsgröße	Anzahl/ Packungen



SEPA-Lastschrift-Mandat für Kunden

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers

Sonnen – Apotheke Inh. Axel Desiere e..K. Versandapotheke apowirhelfen	
Alte Bergstraße 79 64665 Alsbach-Hähnlein	Telefon 0 62 57 – 64 26 4 Fax 0 62 57 – 64 19 4
Gläubiger-ID: DE71 ZZZ0 0000 6024 19	

Hiermit ermächtige(n) ich / wir die Sonnen-Apotheke A. Desiere e.K. widerruflich, die von mir / uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem / unseren Konto einzuziehen.

Name und Anschrift des Kontoinhabers

--

Bankverbindung des Kontoinhabers

Konto-Nr.:	IBAN:
BLZ:	BIC:
bei folgendem Kreditinstitut:	

Ort, Datum und Unterschrift