



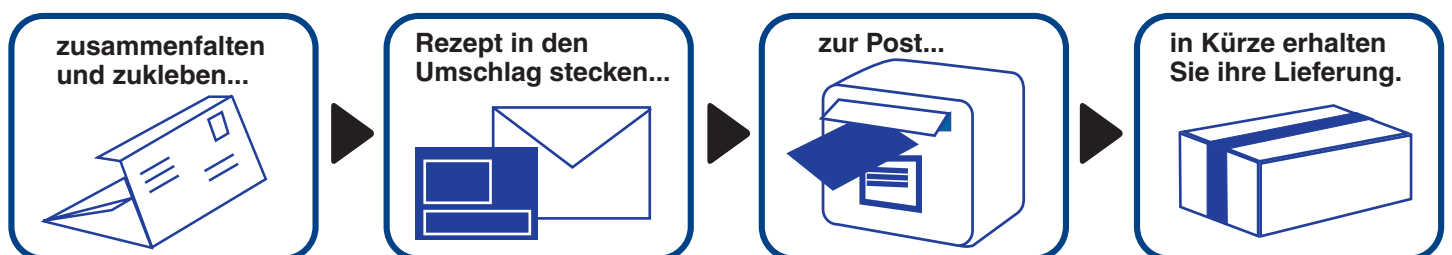
Schicken Sie uns Ihre Rezepte, wir versenden versandkostenfrei!

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!



Goldkraut Apotheke



Das Porto
übernehmen
wir für Sie!

ABSENDER

Deutsche Post 
Antwort

Rosen Apotheke
Gold-Kraut-Apotheke
Markstr. 1
35285 Gemünden



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.



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 Nachnahme Rechnung zzgl. 2,00 EUR Nachnahmegebühr plus 2,00 EUR Übermittlungsentgeld (wird vom Lieferanten vor Ort erhoben)

Steffen Schick, Goldkraut Apotheke

Kontoinhaber
Fidor Bank
 Bank
DE27 7002 2200 0020 1686 76
 IBAN
FDDODEMMXXX
 BIC

• bei Bestellungen mit Rezept

• ab 60,- Euro Bestellwert bei rezeptfreien Medikamenten

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 natürlich kompetent

Beratung: 06453 645995 Mo-Fr 08.30 - 13.00 Uhr und

E-Mail: rosenapothekeschick@web.de 14.30 - 18.00 Uhr

Medikamente und sonstige Artikel

(Bitte hier keine Medikamente von Ihrem Rezept eintragen.)

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