



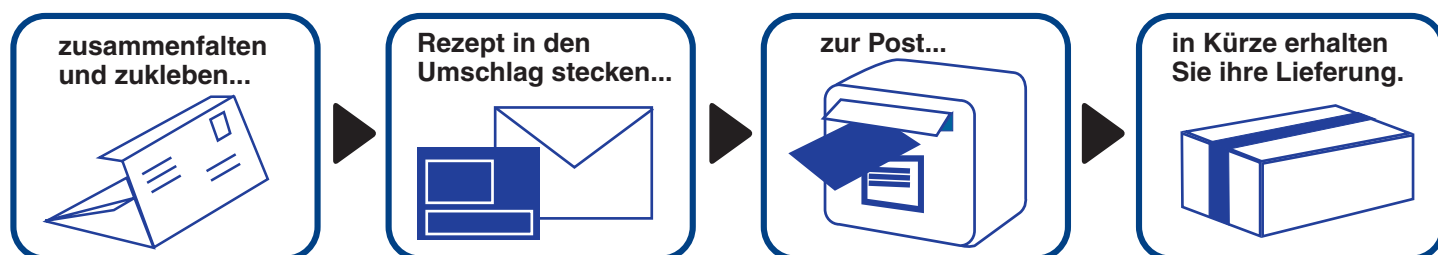
# Schicken Sie uns Ihre Rezepte, wir versenden verschreibungspflichtige Medikamente versandkostenfrei!

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:  
 Vorauskasse  Nachnahme  Rechnung  zzgl. 4,00 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  
 14.30 - 18.00 Uhr  
**E-Mail: rosenapothekeschick@web.de**

**Medikamente und sonstige Artikel**

(Bitte hier keine Medikamente von Ihrem Rezept eintragen.)

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