

Bestellformular

Bitte schicken Sie das ausgefüllte Formular (bei Bedarf zusammen mit Ihren Rezepten) an folgende Adresse:



**Sonnen Apotheke Au
Pfaffenhofener Str. 6b
D-84072 Au i. d. Hallertau**

Ihre Bestelldaten, Ihr Name und Ihre Anschrift

Name, Vorname:

Straße:

PLZ:

Ort:

Telefon:

E-Mail-Adresse:

Ich lege dem Bestellformular/Gesundheitsfragebogen

Rezepte bei.

Ich bestelle (zusätzlich) folgende nicht rezeptpflichtige Arzneimittel / sonstige Artikel:

PZN	Anzahl	Name, Stärke	Packungsgröße
-----	--------	--------------	---------------

Bitte geben Sie an, wie Sie zahlen möchten (Bitte ankreuzen. Für die Bestellung rezeptpflichtiger Medikamente verwenden Sie bitte das Bankeinzugsverfahren.)

VISA Mastercard **(Kreditkartenzahlung ist derzeit noch nicht möglich.)**

Kartenummer:

Gültig bis:

Karteninhaber:

Gültig bis

Sicherheitscode:

Ort, Datum _____

Unterschrift _____