



Bestellschein

Wichtig! Zur schnellen und fehlerfreien Bearbeitung benötigen wir einen ausgefüllten Bestellschein.

Die Flora-Apotheke schützt Ihre personenbezogenen Daten nach den Bestimmungen der DS-GVO. Mehr dazu auf www.vitenda.de oder unter 06035 / 96 84 457

Anschrift Frau Herr

Vorname _____ Nachname _____

Straße _____ Hausnummer _____

PLZ _____ Ort _____

Tel. tagsüber (auch mobil) für Rückfragen und pharmazeutische Beratung = Pflichtfeld _____

Geburtsdatum = Pflichtfeld _____

Lieferadresse
Falls abweichend von Ihrer Anschrift. Bitte bei jeder Bestellung angeben.

Vorname _____ Nachname _____

Firma/Adresszusatz _____

Straße _____ Hausnummer _____

PLZ _____ Ort _____

Bankdaten – bitte keine Kreditkartendaten

Ich zahle bequem per SEPA-Lastschrift. Ich zahle per Rechnung nach Erhalt meiner Medikamente.

IBAN _____

Bank _____

Kontoinhaber _____

Ich ermächtige die Flora-Apotheke, Inh. Michael Glock e.K., Messeplatz 7, 61197 Florstadt, Gläubiger ID: DE07ZZZ00001648552 Zahlungen von meinem/unserem Konto einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von Flora-Apotheke auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

X

Datum _____ Unterschrift _____


Platz für Ihre Mitteilung

Rezeptpflichtige Medikamente (Bitte Originalrezepte beilegen)

Ich lege Kassenrezept(e) und/oder Privatrezept(e) bei.

Falls Sie von der Zuzahlung befreit sind, bitte 1x jährlich eine Kopie Ihres Nachweises beilegen.

Bitte beachten Sie: Manche individuell anzufertigende Arzneimittel (Rezepturen) sind in der Flora-Apotheke nicht erhältlich oder die Anfertigung kann länger dauern. Bitte wenden Sie sich vor Bestellung einer Rezeptur an uns unter 06035 / 96 84 457 oder via Mail an info@vitenda.de.



Rezeptfreie Medikamente (Bitte hier keine Medikamente von Ihrem Rezept eintragen)

PZN (Bestellnummer)*	Medikament/Artikel	Form (z.B. Tabl., Salbe)	Packungsgröße (z.B. 100 g, 50 Tabl.)	Anzahl/Packungen

*Falls zur Hand. Sie finden die Pharmazentralnummer (PZN) auf der Medikamentenpackung unter dem Strichcode.
 Flora-Apotheke, ^xMesseplatz 7, 61197 Florstadt • Tel. 06035 / 96 84 457 • Fax 06035 / 96 84 457 • Mail info@vitenda.de
 Ich akzeptiere die allgemeinen Geschäftsbedingungen der Flora-Apotheke. (Die AGB der Flora-Apotheke finden Sie im Internet unter Flora-Florstadt.de).

x Vertragspartner: Flora-Apotheke, Inhaber Michael Glock e. K. – Messeplatz 7 – 61197 Florstadt

Jetzt Freiumschlag & Bestellschein ausdrucken!

Sie haben keinen Drucker?
Einfach Freiumschlag per Post zusenden lassen.

Jetzt anfordern unter: www.vitenda.de



Zustellung durch
Deutsche Post 

Das Porto zahlen wir für Sie!



FREIUMSCHLAG
für Ihre Bestellung

Deutsche Post 
ANTWORT

Flora-Apotheke
Messeplatz 7
61197 Florstadt

So geht's:

1. Ausgedrucktes Adressticket ausschneiden und auf einen Umschlag kleben
2. Ausgedruckten Bestellschein ausfüllen
3. Rezept und Bestellschein mit dem Freiumschlag einsenden

Bitte beachten Sie: Manche individuell anzufertigende Arzneimittel (Rezepturen) sind in der Flora-Apotheke nicht erhältlich oder die Anfertigung kann länger dauern. Bitte wenden Sie sich vor Bestellung einer Rezeptur an uns unter [06035 / 96 84 457](tel:060359684457) oder via Mail an info@vitenda.de.