

### Meine Kundendaten

Kundennummer

Frau  Herr

Vorname/Nachname

Anschrift

PLZ, Ort

Telefon

### Lieferadresse

Frau  Herr

Vorname/Nachname

Anschrift

PLZ, Ort

Telefon

### Rezept

Für meine Bestellung über Rezeptpflichtige Arzneimittel lege ich  Stück Originalrezepte bei.

### Bestellung

Ich bestelle zusätzlich zu meinem Rezept folgende Artikel:

Artikelname <small>(Bitte in Blockschrift ausfüllen)</small>	Form <small>(z.B. Tab.)</small>	Packungsgröße <small>(z.B. 30 Stück)</small>	Artikelnummer (PZN) <small>(7-stellige Nummer)</small>	Menge
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### Hinweis

Es gelten die allgemeinen Geschäftsbedingungen (im Internet unter [berliner-arzneiversand.de](http://berliner-arzneiversand.de))  
Gern senden wir Ihnen unsere AGBs zu.

Datum | Unterschrift