

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"/> |
| <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)
Gern senden wir Ihnen unsere AGBs zu.

Datum | Unterschrift