KOPIERVORLAGE

BA. BergApotheke
Innovation | Service | Vertrauen

Bestellschein BergApotheke
Fax 0800-0 766 767

Bestellt durch:

Kundennummer > (falls zur Hand) _ _ – _ _ _ _ _

Name, Vorname

Telefon ◯ Bitte um Rückruf

Email

Datum X Unterschrift des Arztes / Stempel

Adresse/Anschrift bitte hier eintragen:

Firma/Praxis

Straße, Hausnr.

PLZ Ort

Sprech-stunden-bedarf	privater Sprech-stunden-bedarf	Insti-tution	Produkt	Hersteller	Pack.-Gr.	Anzahl

09-2020

Wichtig! Bitte schicken Sie uns Ihre Rezeptverordnung für Bestellungen auf Sprechstundenbedarf (GKV). Vielen Dank.

Bei Impfstoff-Bestellung auf privaten Sprechstundenbedarf ist die Abrechnungsgrundlage der jeweils gültige Apotheken-Einkaufspreis + 3 % zzgl. MwSt. (außer gekennzeichnete Ausnahmen). Hinweis: Zur Bestellung von Arzneimitteln werden Freiumschläge zur Einsendung von Rezepten und Verordnungen direkt zur Verfügung gestellt. Direktabrechnung mit den Kostenträgern.

Abweichender Wunschtermin (sonst Standardlieferservice):

Tag / Monat / Uhrzeit

Abweichende Lieferadresse:

Abweichende Rechnungsadresse:

BergApotheke :: Altstadtparkplatz 1 :: 49545 Tecklenburg
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE60ZZZ00002329217

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die BergApotheke, Altstadtparkplatz 1, 49545 Tecklenburg, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der BergApotheke auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber

Name Kreditinstitut _ _ _ _ _ _ _ _ _ | _ _ _ BIC Kreditinstitut

D E _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ IBAN

Datum, Ort X Unterschrift Kontoinhaber