

0,00 € Versandkosten und Freiumschlag für rezeptfreie Arzneimittel zusätzlich zum Rezept

Artikel-Nr. / PZN	Anzahl	Artikel-Name	Darreichungsform	Packungsgröße

Persönliche Daten		Kundennummer	Lieferanschrift <small>(falls diese von der Rechnungsanschrift abweicht)</small>
<input type="radio"/> Herr <input type="radio"/> Frau Name / Vorname		Gutscheincode	<input type="radio"/> Herr <input type="radio"/> Frau Name / Vorname
Straße / Hausnummer		Geburtsdatum	Straße / Hausnummer
PLZ / Ort		Telefon	PLZ / Ort
Email		Mobiltelefon	<small>ggf. empfangsberechtigt</small> <input type="radio"/> Herr <input type="radio"/> Frau Name / Vorname
Anlage(n): _____ Kassenrezepte und/oder _____ Privatrezepte im Original beigelegt. <small>¹⁾ bitte keine Kopien und nicht per Fax ²⁾ nur vollständig ausgefüllte Rezepte werden bearbeitet. Bei Zuzahlungsbefreiung bitte einmal jährlich eine Kopie des Befreiungsausweises zusenden. ³⁾ ggf. per Fax</small>		<input type="radio"/> Ich erkläre mich mit den Allgemeinen Geschäftsbedingungen (AGB) auf apo4you.de einverstanden. <input type="radio"/> Zahlung auf Rechnung	Ort / Datum / Unterschrift