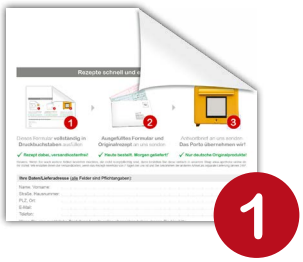
APOTHEKE.DE
Meine Apotheke online

E-Mail: apotheker@apotheke.de
Anschrift: apotheke.de/Apotheke im Paunsdorf Center
Postfach 90 11 02
04358 Leipzig

Pharmazeutische Beratung per Telefon: 0800 8654321

Erreichbar Montag bis Freitag von 8:00 bis 18:00 Uhr, Samstag 8:00 bis 14:00 Uhr (kostenlos aus dem deutschen Fest- und Mobilnetz).

Rezepte schnell und einfach einlösen!



1

Dieses Formular **vollständig in Druckbuchstaben** ausfüllen.

2

In Antwortbrief: **Ausgefülltes Formular und Originalrezept**.

3

Antwortbrief an uns senden. **Das Porto übernehmen wir!**

✓ **Nur deutsche Originalprodukte!** ✓ **Rezept dabei, versandkostenfrei!** ✓ **Heute bestellt. Morgen geliefert!***

Hinweis: Wenn Sie noch weitere Artikel bestellen möchten, die nicht rezeptpflichtig sind, dann bestellen Sie diese einfach in unserem Shop www.apotheke.de.
Ihr Vorteil: Wir erstatten Ihnen die Versandkosten, wenn das Rezept innerhalb von 7 Tagen bei uns ist und Sie bekommen die anderen Artikel als separate Lieferung binnen 24h*.

Ihre Daten/Lieferadresse (alle Felder sind Pflichtangaben):

Name, Vorname:

Straße, Hausnummer:

PLZ, Ort:

E-Mail:

Telefon:

Wenn Sie eine zusätzliche Bestellung bereits online abgegeben haben, tragen Sie hier bitte die Bestellnummer ein, damit wir ggf. angefallene Versandkosten erstatten können:

☐ Ja, ich möchte den Newsletter abonnieren und mir somit tolle Angebote und Rabatte sichern!

Zahlungsoption wählen:

☐ Zahlung mit **SEPA-Lastschriftmandat**

Ich ermächtige sowohl die Apotheke im Paunsdorf Center Kirsten Fritsch e.K./apotheke.de (Gläubiger-Identifikationsnummer: DE06MAR00001044357) als auch die Klarna AB, Sveavägen 46,111 34 Stockholm (Schweden) (Gläubiger-Identifikationsnummer: SE71ZZZ5567370431), Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, sowohl die von der Apotheke im Paunsdorf Center als auch von der Klarna AB auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber:

IBAN: DE

BIC:

☐ Zahlung per **Kauf auf Rechnung**

Ich bin damit einverstanden, dass die Abwicklung des Kaufs auf Rechnung durch die Klarna AB, Sveavägen 46,111 34 Stockholm (Schweden), erfolgt.

Geburtsdatum:

Datum: Unterschrift:

Ich bestelle die Arzneimittel zu den mir bekannten Allgemeinen Geschäftsbedingungen (AGB) von apotheke.de. Hinweis: Unsere AGB sowie Hinweise zum Datenschutz finden Sie im Internet unter www.apotheke.de. Auf Wunsch senden wir Ihnen diese auch gerne zu. Über unsere Webseite haben Sie auch die Möglichkeit, einen kostenlosen Antwortbriefumschlag anzufordern.
* Alle Bestellungen, die Mo-Fr bis 16:00 eingehen und ausschließlich Produkte mit dem Hinweis „sofort lieferbar, solange der Vorrat reicht“ enthalten, verlassen in der Regel noch am selben Tag unser Haus.