

BESTELLFORMULAR

Einfach unkompliziert bestellen

Name, Vorname

Apotheke

PZN	Bezeichnung	VPE	Menge

Bitte füllen Sie das oben stehende Bestellformular immer vollständig aus. Wenn Sie eine Pharmazentralnummer (PZN) oder Artikelnummer nicht wissen, wenden Sie sich bitte für die Produktauskunft an eine/n unserer Mitarbeiter/innen.

Vergessen Sie bitte nicht Ihre gewünschte Menge immer mit anzugeben.

Die Verpackungseinheit (VPE) können Sie alternativ als „große“ oder „kleine“ Packung benennen.

Ort, Datum und Unterschrift

Eulen Apotheke

Gustav-Heinemann-Ring 1a
63128 Dietzenbach
Tel.: 0 60 74 - 81 22 73 | Fax: 0 60 74 - 81 22 75
info@eulen-apotheke-dietzenbach.de
www.eulen-apotheke-dietzenbach.de

Apotheke am Rathaus

Alzenauer Straße 30b
63517 Rodenbach
Tel.: 0 61 84 - 50 44 9 | Fax: 0 61 84 - 50 48 9
info@apotheke-am-rathaus.com
www.apotheke-am-rathaus.com

Taubengarten Apotheke

Am Bocksborn 4
63571 Gelnhausen
Tel.: 0 60 51 - 15 31 3 | Fax: 0 60 51 - 17 53 4
info@taubengarten-apotheke.de
www.taubengarten-apotheke.de

SEPA

LASTSCHRIFT-MANDAT

DExxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx (Gläubiger-Identifikationsnummer des Zahlungsempfängers)

Mandatsreferenz wird später mitgeteilt

Ich ermächtige / wir ermächtigen

Eulen Apotheke, Apotheke am Rathaus und Taubengarten Apotheke (Name des Zahlungsempfängers) Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich / weisen wir mein / unser Kreditinstitut an, die von

Eulen Apotheke, Apotheke am Rathaus und Taubengarten Apotheke (Name des Zahlungsempfängers) auf mein / unser Konto gezogene Lastschriften einzulösen.

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

Name des Zahlungspflichtigen

Straße, Hausnummer, PLZ, Ort, Land des Zahlungspflichtigen

Bank - Name des Zahlungsdienstleisters des Zahlungspflichtigen

Internationale Bankleitzahl BIC des Zahlungsdienstleisters des Zahlungspflichtigen

DE _____
Internationale Bankkontonummer IBAN des Zahlungspflichtigen

Ort, Datum und Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen

Eulen Apotheke

Gustav-Heinemann-Ring 1a
63128 Dietzenbach
Tel.: 0 60 74 - 81 22 73 | Fax: 0 60 74 - 81 22 75
info@eulen-apotheke-dietzenbach.de
www.eulen-apotheke-dietzenbach.de

Apotheke am Rathaus

Alzenauer Straße 30b
63517 Rodenbach
Tel.: 0 61 84 - 50 44 9 | Fax: 0 61 84 - 50 48 9
info@apotheke-am-rathaus.com
www.apotheke-am-rathaus.com

Taubengarten Apotheke

Am Bocksborn 4
63571 Gelnhausen
Tel.: 0 60 51 - 15 31 3 | Fax: 0 60 51 - 17 53 4
info@taubengarten-apotheke.de
www.taubengarten-apotheke.de