

Schicken Sie uns Ihre Rezepte, wir versenden versandkostenfrei!



Versandkosten, bei Rezepten



So geht's...



SO FALTEN SIE IHREN FREIUMSCHLAG

- 1. Seite ausdrucken
- 2. die Seiten 1 und 2 nach hinten falten
- 3. Rezepte und/oder Bestellschein einlegen
- 4. beide Seiten und Rückseite mit 3 Klebestreifen verschließen
- 5. ab in den Briefkasten, denn das Porto übernehmen wir für Sie!





ROSEN APOTHEKE
Apotheker Christoph Bruning

| Das Porto |
|--------------|
| ibernehmen |
| wir für Cial |

| ABSENDER | | |
|----------|--|--|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Antwort

Rosen Apotheke Quelle Carl-Severing-Str. 91 33649 Bielefeld



INFOS UND HINWEISE FÜR IHRE BESTELLUNG

Bei einer Rezeptbestellung benötigen wir Ihr Originalrezept, bitte legen Sie dieses - wenn möglich zusammen mit einem Bestellschein bei. Bitte vergewissern Sie sich, dass Sie alle Unterlagen zu Ihrer Bestellung vollständig ausgefüllt haben: auf dem Bestellschein insbesondere die persönlichen Daten, die Zahlweise und Ihre Unterschrift. Bitte geben Sie auch eine Telefonnummer bzw. E-Mail-Adresse für mögliche pharmazeutische Rückfragen an. Wir übernehmen keine Verantwortung für die Zustellung Ihrer Rezepte mit unserem Freiumschlag.



| Gutscheincode (falls vorhanden) | |
|---------------------------------|--|
| | |
| | |
| (undennr. (falls vorhanden) | |
| | |
| | |

| Anschrift | Frau | Her |
|-----------|----------|------------|
| | | |
| Vorname | Nachname | |
| Straße | | Hausnummer |
| PLZ | Ort | |

| Lieferadresse | |
|---------------------------|---|
| falls abweichend von ihre | er Anschrift. Bitte bei jeder Bestellung angeben |
| Vorname | Nachname |
| Firma/ Adresszusatz | |
| Straße | Hausnummer |
| PLZ | Ort |
| | |

| Zahlungs- / Bankdaten | |
|---|-----------|
| ich zahle per: | |
| Vorauskasse ☐ Rechnung (ab der 3. Bestellung) ☐ | Nachnahme |
| Rosen Apotheke, Christoph Bruning | g |
| Kontoinhaber | |
| Sparkasse Bielefeld | |
| Bank | |
| DE 56 4805 0161 0010 3381 19 | |
| IBAN | |
| SPBIDE3BXXX | |
| DIC | |

bei Bestellungen mit Rezept
ab 29,- Euro Bestellwert bei rezeptfreien Medikamenten

Versandkosten
Euro

| Ich lege Kassenrezept(e) und/ oder Privatrezept(e) bei. |
|--|
| (Bitte diese Medikamente nicht gesondert unten in die Bestell- |
| zeilen eintragen) |

Rezeptpflichtige Medikamente

Falls Sie von der Zuzahlung befreit sind, legen Sie bitte einmal jährlich eine Kopie Ihres Befreiungsnachweises bei.

Beratung natürlich kompetent

Beratung: 0800/9466200 Mo-Fr 08.30 - 19.00 Uhr **E-Mail:** Sa 08.30 - 14.00 Uhr

service@rosen-apotheke-quelle.de

| Medikamente und sonstige Artikel (Bitte hier keine Medikamente von Ihrem Rezept eintragen.) | | | | | |
|---|--------------------|--|------------------|---------------|----------------------|
| PZN (Bestellnummer) | Medikament/Artikel | | Darreichungsform | Packungsgröße | Anzahl/ Packungen |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |