



## Herzlich Willkommen bei der ApoSalis Versandapotheke!

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

vielen Dank für Ihre Bestellung bei der ApoSalis Versandapotheke. Wir freuen uns, Sie als Kunde begrüßen zu dürfen und wünschen Ihnen viel Freude mit den von uns gelieferten Produkten.

Wir als Mitarbeiter der ApoSalis Versandapotheke kümmern uns um Ihre Gesundheit: Wir prüfen jede Ihrer Bestellungen auf Unverträglichkeiten. Wenn Sie dauerhaft bei uns bestellen, prüfen wir natürlich auch die aktuelle Bestellung mit den vorherigen Bestellungen. Darüber hinaus steht Ihnen das pharmazeutische Team unserer Apotheke auch gern telefonisch für eine Beratung zur Verfügung.

**Für Beratung und Bestellung: 0511 - 89 71 800**  
**Mo-Fr 09:00-17:00 Uhr**

Selbstverständlich können Sie Ihre Anfrage auch per Fax: 0511 - 89 71 80 11 oder per E-Mail: [info@aposalis.de](mailto:info@aposalis.de) an uns richten.

**Sollten trotzdem Probleme bei der Anwendung des Arzneimittels auftreten, nehmen Sie bitte Kontakt zu uns oder Ihrem behandelnden Arzt auf.**

In Ihrem Paket finden Sie einen Freiumsschlag für zukünftige Bestellungen und die Zusendung von Rezepten. Falls Sie von der Zuzahlung seitens Ihrer Krankenkasse befreit sind, senden Sie uns bitte eine Kopie der Zuzahlungsbefreiung zu.

**Rezeptbestellungen sind generell versandkostenfrei für Sie!**

Mit freundlichen Grüßen

Ihr Team der ApoSalis Versandapotheke

# Bestellschein

# aposalis<sup>+</sup>

Bitte senden Sie den ausgefüllten Bestellschein und die dazugehörigen Rezepte an folgende Adresse:

Leine Apotheke J. Herzog e.K.  
Postfach 11 01 44  
30856 Laatzen

Fax: 0511 - 89 71 80 11  
Internet: www.aposalis.de  
E-Mail: info@aposalis.de

## Persönliche Daten

Frau	Herr	_____	Krankenkasse
	Firma	_____	
Titel	Vorname	_____	Versichertennummer
Name		_____	Telefon (tagsüber) für Rückfragen und Beratung
Straße und Hausnummer		_____	Telefon (abends)
PLZ	Ort	_____	Fax
Kunden-Nr. (falls vorhanden)	Geburtsdatum	_____	E-Mail

## Alternative Lieferadresse

Vorname, Name	Firma
Straße und Hausnummer	PLZ Ort

## Rezepte (versandkostenfrei)

Ich lege dieser Bestellung  Originalrezept(e) bei.

Ich bin zuzahlungsbefreit:  ja  nein

(Bitte legen Sie einmalig eine Kopie Ihres Befreiungsnachweises bei.)

## Bestellung (versandkostenfrei ab einem Bestellwert von 45 € oder bei Einsendung eines Rezeptes, ansonsten 4,50 €)

Artikel-Nr./PZN*	Name des Produktes o. Medikamentes	Packungsgröße**	Anzahl
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

\* Die 7-stellige PharmaZentralNummer finden Sie auf der Arzneimittelpackung, in der Nähe des Strichcodes \*\* z.B. 10 Tabl.

## Zahlungsart (Zutreffendes bitte ankreuzen)

**Vorkasse**

Unsere Bankverbindung:

ApoSalis

Deutsche Apotheker- und Ärztebank Düsseldorf

BLZ: 300 60 601 (BIC: DAAEEDXXX)

Kto.Nr.: 0602771624 (IBAN: DE71 3006 0601 0602 7716 24)

**Bankeinzug**

Konto-Inhaber

IBAN

BIC/SWIFT

**Rechnung (Zahlungsziel 10 Tage)**

**per Nachnahme (zzgl. 5,60 EUR)**

Unterschrift

Datum

Hiermit ermächtige ich Sie widerruflich, die von mir zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit zu Lasten meines Kontos einzuziehen.

Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung.

Ich bestelle die oben aufgeführten Arzneimittel zu den mir bekannten allgemeinen Geschäftsbedingungen von aposalis.de. Die AGB finden Sie im Internet unter www.aposalis.de. Auf Wunsch schicken wir Ihnen die AGB auch gerne zu.

Ich wünsche vor Auslieferung eine telefonische Beratung.

Ort, Datum

Unterschrift

Zum Zweck der Entscheidung über die Begründung, Durchführung oder Beendigung des Vertragsverhältnisses erheben oder verwenden wir Wahrscheinlichkeitswerte, in deren Berechnung unter anderem Anschriftsdaten einfließen.