

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 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 Freiumschlag 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

HRA 25305 Amtsgericht Hannover Ust - Id Nr.: DE114743700 SWIFT-Nr.: DAAEDEDDXXX

IBAN - Nr.: DE71 3006 0601 0602 7716 24

Bestellschein

aposalis[©]

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

Leine Apotheke J. Herzog e.K. Ernst-August-Platz 2 30159 Hannover Fax: 0511 - 89 71 80 11 Internet: www.aposalis.de E-Mail: info@aposalis.de

Persönliche Daten			
Frau Herr Firma	Krankenkasse		
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 LLL Originalrezept(e) bei.	Ich bin zuzahlungsbefreit: ja ja (Bitte legen Sie einmalig eine Kopie Ihres E	nein Befreiungsnachweises bei.)	
Bestellung (versandkostenfrei ab einem Bestellwert von 49,	00 6 oder hei Eineendung einee D	ozontoo onconoton 4	00 £ \
Artikel-Nr./PZN* Name des Produktes o.		Packungsgröße**	Anzahl
			1 1 1
			1 1 1
* Die 7-stellige PharmaZentralNummer finden Sie auf der Arzneimittelpackung, in der I	Nähe des Strichcodes ** z.B. 10 Tabl.		
Zahlungsart (Zutreffendes bitte ankreuzen)			
☐ Jcf_UggY ☐ F	YVV bi b[fNU\`i b[gn]Y`%	\$'HU[YŁ	
W}•^¦^ÁÓæ}∖ç^¦àājåັ}*K			
			1
W}•^¦^ÁÓæ)\ç^¦àājå`}*K CE[[Ùæ ā Ö^`o•&@ÁŒ[[c@\^¦ËÁ}åÁ†¦:c^àæ)\ÁÖ>••^ å[¦~ ÓŠZKÁHE€ÁI€ÁIÁEFÁÇÓOÓKÁÖO®EÐÖÖÖÖÝÝYD			1
W}•^¦^ÁÓæ)\ç^¦àājå*}*K OE[[Ùæ)ã Ö^*or&@ÁOE[[c@\^¦ËÁ}åÁ†¦:c^àæ)\ÁÖ>••^ å[¦~	€GÏFÎGD		I
W}•^¦^ÁÓæ)∖ç^¦àājå*}*K CE[[Ùæ ā Ö^*or&@ÁQE[[c@\^¦EÁ}åÁ†¦:c^àæ)\ÁÖ>••^ å[¦~ ÓŠZKÁHEEÁÌ€ÁÌÁEFÁÇÓOÓKÁÖOBOBÒÖÒÖÖÝÝÝD S[}q[}*{{^¦KÁE΀ÁGÏÏÁFÍÁGIÁÇOÓOEÞKÁÖÒÏFHEE΀΀EF€Î#			I
W}•^¦^ÁÓæ)\ç^¦àājå`}*K CE[[Ùæ ā Ö^`o•&@ÁŒ[[c@\^¦ËÁ}åÁ†¦:c^àæ)\ÁÖ>••^ å[¦~ ÓŠZKÁHE€ÁI€ÁIÁEFÁÇÓOÓKÁÖO®EÐÖÖÖÖÝÝYD	älligkeit zu Lasten meines Kontos einzuzieher		ı