Postfach 10 09 05, 80083 München
www.kloesterl-apotheke.de,
apotheke@kloesterl.de

Klösterl-Apotheke

Telefon: +49 / 89 / 54 34 32-11
Fax: +49 / 89 / 54 34 32-77

Medikamenten-Bestellung in der Klösterl-Apotheke **per Fax: 089 / 54 34 32-77**

Zahl der Seiten ____

Bitte senden Sie mir folgende Medikamente zu
zzgl. 4,70 € innerhalb von Deutschland (ab Warenwert 150,- € versandkostenfrei – Versandkosten Ausland bitte erfragen)

Rechnungs-Adresse:

Name, Vorname

Straße, Nr. – *oder Kunden-Nr.*

PLZ, Ort

Telefon (für Rückfragen)

evtl. abweichende Lieferadresse:

Name, Vorname

Straße, Nr.

PLZ, Ort

E-Mail

Zahlungsweise:

○ Bezahlung per Lastschrift: Bitte SEPA-Mandat einreichen

oder:

○ SEPA-Lastschriftmandat bereits eingereicht

Menge	Arzneimittel / Artikel / Stärke (evtl. Herstellerfirma)	Darreichungs-form	Packungs-größe	PZN (falls vorhanden)

Außerdem lege ich bei: ____ Kassenrezept(e) und/oder ____ Privatrezept(e) und bestelle diese Mittel

Weitere Angaben: Krankenkasse: _____

Falls zutreffend: ○ Ich bin zuzahlungsbefreit und lege eine Kopie meines Befreiungsausweises bei.
○ Aut-Idem angekreuzt?

Ort, Datum

Unterschrift

(mit meiner Unterschrift verpflichte ich mich zur Abnahme der bestellten Produkte – Arzneimittel sind per Gesetz vom Umtausch ausgeschlossen)

Postfach 10 09 05, 80083 München
www.kloesterl-apotheke.de,
apotheke@kloesterl.de

Klösterl-Apotheke

Telefon: +49 / 89 / 54 34 32-11
Fax: +49 / 89 / 54 34 32-77

Beiblatt zur Medikamenten-Bestellung

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger):

Klösterl-Apotheke am Färbergraben
Johannes Zeise-Wallbrecher e.K.
Postfach 10 09 05
80083 München

Gläubiger-Identifikationsnummer:
DE94ZZZ00000034846

SEPA-Lastschriftmandat

Wiederkehrende Zahlungen

_____
Kontoinhaber (Name, Vorname)

_____
Straße, Hausnummer

_____
PLZ, Ort — Telefonnummer: Festnetz oder Mobil

_____
Kreditinstitut — BIC

IBAN: _

Mandatsreferenz (= Kundennummer): _____

Ich ermächtige (Wir ermächtigen) die Klösterl-Apotheke, Zahlungen von meinem (unserem) Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein (weisen wir unser) Kreditinstitut an, die von der Klösterl-Apotheke auf mein (unser) Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Im Rahmen des SEPA-Lastschriftmandates wird die Klösterl-Apotheke Sie mindestens 5 Tage vor Fälligkeit mit der jeweiligen Rechnung über Abbuchungsbetrag und Abbuchungstermin informieren (Pre-Notification).

_____
Ort, Datum — Unterschrift des Kontoinhabers