



BESTELLUNG SEITE 1 VON 2

- Ich bin Neukunde
- Ich habe bereits eine Kundennummer: _____

RECHNUNGSANSCHRIFT

- Frau Herr

Vorname, Nachname*

Zusatzbezeichnung (c/o, Fa., z.Hd. ...)

Straße, Hausnr.*

PLZ, Ort*

Geburtsdatum*

Rufnummer*

E-Mail-Adresse*

LIEFERANSCHRIFT

- Frau Herr

Vorname, Nachname*

Zusatzbezeichnung (Postnr., c/o, Fa., z. Hd. ...)*

Straße/Packstation/Postfiliale, Hausnr.

PLZ, Ort*

ZAHLARTEN (Wählen Sie bitte eine der folgenden Optionen!)

- Bankeinzug _____
IBAN (bei Bezahlung per Bankeinzug)

- Ich zahle per Rechnung, nachdem ich meine Medikamente erhalten habe.

Hiermit ermächtige ich die **Apotheke LUX 99** den von mir zu entrichtenden Gesamtbetrag von meinem o.g. Bankkonto einzuziehen. Ich verpflichte mich für die nötige Deckung zu sorgen.

Ort, Datum*

Unterschrift*

*Pflichtfelder

VERSAND

Ihr Paket wird per **DHL** verschickt. Ihre Servicegebühr beträgt 3,95 €. Diese entfällt ab einem Bestellwert von 45 € oder bei Einlösung eines Rezeptes.

- Bitte legen Sie meiner Bestellung die aktuelle Apotheken Umschau bei. (Solange der Vorrat reicht.)



BESTELLUNG SEITE 2 VON 2

REZEPTPFLICHTIGE MEDIKAMENTE

- Ich lege meiner Bestellung ... Kassenrezept(e) und/oder ... Privatrezept(e) bei.
Ich bin zuzahlungsbefreit. Eine Kopie des Befreiungsausweises liegt bei bzw. Ihnen bereits vor.
Ich bin damit einverstanden, dass sich die Apotheke LUX 99 an die Vorgaben meiner Krankenkasse hält.

REZEPTFREIE MEDIKAMENTE

Table with 4 columns: Menge, PZN**, Bezeichnung, Größe (z.B. 50 St.).

Menge PZN** Bezeichnung Größe (z.B. 50 St.)

** Sie finden die 8-stellige PZN (Pharmazentralnummer) auf der Medikamentenverpackung unter dem Strichcode.

ANMERKUNGEN

Alle Preise sind Endpreise inkl. Mehrwertsteuer, zzgl. Versandkosten bei einem Bestellwert unter 45 EUR. Versandkosten entfallen bei Einlösung eines Rezeptes. Es gelten unsere Allgemeinen Geschäftsbedingungen, die unter www.lux99.de eingesehen werden können.