

Bestellformular

Anzahl	Packungsgröße	Darreichungsform*	Produktname	evtl. Hersteller**

* = Tabletten, Saft, Dragees etc. **= optional auch Pharmazentralnummer

Rechnungsadresse:

Praxis
Name, Vorname
Straße, Nr.
PLZ, Ort
Telefon
Fax
Mail

Lieferadresse:

(Bitte nur ausfüllen, wenn Lieferadresse abweichend)

Praxis/Firma
Name, Vorname
Straße, Nr.
PLZ, Ort

Optional:

Postfiliale
Packstation:
PLZ, Ort

Zahlungsmöglichkeiten:

Rechnung (Bonität vorausgesetzt)

Paypal (Voraussetzung: Angabe der Emailadresse)

Vorkasse (Bedingung bei Versendung ins Ausland)

Kreditkarte

Nummer _____

Gültigkeitsdatum __/__/____ Sicherheitsnummer _____

Lastschrift

IBAN
Bank
Kontoinhaber

Ich ermächtige hiermit widerruflich die Hohenburg Apotheke, Petra Becker, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Hohenburg Apotheke, Petra Becker, Kaiserstraße 16, 66424 Homburg auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Gläubiger ID: DE27ZZZ00000271471

Datum, Unterschrift _____

Ich akzeptiere die unter www.hohenburg-apotheke.de einzusehenden AGB, Datenschutzbestimmungen und Widerrufsbelehrungen und erkläre ausdrücklich meine Einwilligung in die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten. Die von mir angegebenen Daten werden ausschließlich zur Vertragserfüllung, Abrechnung und zu sonstigen legitimen Geschäftszwecken genutzt. Eine Weitergabe an Dritte erfolgt nicht. Die Einwilligung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft an die angegebenen Kontaktdaten der Hohenburg Apotheke widerrufen werden.

Datum, Unterschrift _____

Versandbedingungen: Die Versandkosten betragen € 5,00. Ab einem Bestellwert von € 100,00 ist die Lieferung für Standardlieferungen innerhalb von Deutschland versandkostenfrei. Bitte beachten Sie die gesonderten Versandbedingungen für manche Arzneimittel oder evtl. anfallende Beschaffungskosten für Auslandspräparate!