



NICOLAI-APOTHEKE
DIE APOTHEKE FÜR DIE GANZE FAMILIE

**Schicken Sie uns Ihre
Rezepte, wir versenden
versandkostenfrei!**

**Versandkosten,
bei Rezepten**

0, Euro



So geht´s...



SO FALTEN SIE IHREN FREIUMSCHLAG

1. Seite ausdrucken
2. die Seiten 1 und 2 nach hinten falten
3. Rezepte und/oder Bestellschein einlegen
4. beide Seiten und Rückseite mit 3 Klebestreifen verschließen
5. ab in den Briefkasten, denn das Porto übernehmen wir für Sie!



NICOLAI-APOTHEKE
DIE APOTHEKE FÜR DIE GANZE FAMILIE

Das Porto
übernehmen
wir für Sie!

ABSENDER

Antwort

Nicolai-Apotheke
Ennester Str. 20
57439 Attendorn



INFOS UND HINWEISE FÜR IHRE BESTELLUNG

Bei einer Rezeptbestellung benötigen wir Ihr Originalrezept, bitte legen Sie dieses - wenn möglich zusammen mit einem Bestellschein bei. Bitte vergewissern Sie sich, dass Sie alle Unterlagen zu Ihrer Bestellung vollständig ausgefüllt haben: auf dem Bestellschein insbesondere die persönlichen Daten, die Zahlweise und Ihre Unterschrift. Bitte geben Sie auch eine Telefonnummer bzw. E-Mail-Adresse für mögliche pharmazeutische Rückfragen an. Wir übernehmen keine Verantwortung für die Zustellung Ihrer Rezepte mit unserem Freiumschlag.



NICOLAI-APOTHEKE

DIE APOTHEKE FÜR DIE GANZE FAMILIE

Gutscheincode (falls vorhanden)

Kundennr. (falls vorhanden)

Anschrift

Frau Herr

Vorname _____ Nachname _____

Straße _____ Hausnummer _____

PLZ _____ Ort _____

Telefon tagsüber - auch Mobiltelefon (für Rückfragen) _____

Geburtsdatum _____

Emailadresse _____

Lieferadresse

falls abweichend von ihrer Anschrift. Bitte bei jeder Bestellung angeben!

Vorname _____ Nachname _____

Firma/ Adresszusatz _____

Straße _____ Hausnummer _____

PLZ _____ Ort _____

Zahlungs- / Bankdaten

ich zahle per:

Vorkasse SEPA-Lastschrift Barzahlung beim Boten Paypal

Bar-/ECZahlung

Nicolai Apotheke Christian Springob

Kontoinhaber

Volksbank Bigge - Lenne

Bank

DE04 4606 2817 2723 0009 01

IBAN

GENODEM1SMA

BIC

Ab einem Bestellwert
von 60 €
oder
in Verbindung mit
einem Rezept!
(verschreibungspflichtige
Artikel)

Versandkosten

0, Euro

Rezeptpflichtige Medikamente

Ich lege ___ Kassenrezept(e) und/ oder ___ Privatrezept(e) bei.

(Bitte diese Medikamente nicht gesondert unten in die Bestellzeilen eintragen)

Falls Sie von der Zuzahlung befreit sind, legen Sie bitte einmal jährlich eine Kopie Ihres Befreiungsnachweises bei.

Beratung natürlich kompetent

Beratung: 02722 2031

Mo-Fr 08:30 bis 13:00 Uhr

Mo, Di, Do und

Fr 14:30 - 18:30 Uhr

E-Mail: info@meine-nicolai-apotheke.de

Medikamente und sonstige Artikel

(Bitte hier keine Medikamente von Ihrem Rezept eintragen.)

PZN (Bestellnummer)	Medikament/Artikel	Darreichungsform	Packungsgröße	Anzahl/ Packungen

SEPA-Basis-Lastschriftmandat

SEPA Direct Debit Mandate

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)/creditor address und dessen Filialen / and its branches

Nicolai-Apotheke
Ennester Str. 20
57439 Attendorn

DE44ZZZ00000603972

Gläubiger-Identifikationsnummer / creditor identifier

Wird separat mitgeteilt!

Mandatsreferenz / mandate reference

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

By signing this mandate form, I (we) authorise Nicolai-Apotheke to send instructions to my (our) bank to debit my (our) account and my (our) bank to debit my (our) account in accordance with the instructions from the creditor Nicolai-Apotheke.

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

Note: I can (we can), within eight weeks, starting with the date of the debit request, demand a refund of the amount charged. The terms and conditions agreed upon with my (our) financial institution apply.

Wiederkehrende Zahlung / recurrent payment

Einmalige Zahlung / one-off payment

Zahlungspflichtiger / debtor name

Zahlungspflichtiger Straße und Hausnummer / debtor street and number

Zahlungspflichtiger PLZ und Ort / debtor postal code and city

Zahlungspflichtiger Land / debtor country

Zahlungspflichtiger IBAN / debtor IBAN

Zahlungspflichtiger SWIFT BIC / debtor SWIFT BIC

Ort / location

Datum / date

Unterschrift(en) / signature(s)

Rechnungsempfänger