



**NICOLAI-APOTHEKE**  
DIE APOTHEKE FÜR DIE GANZE FAMILIE

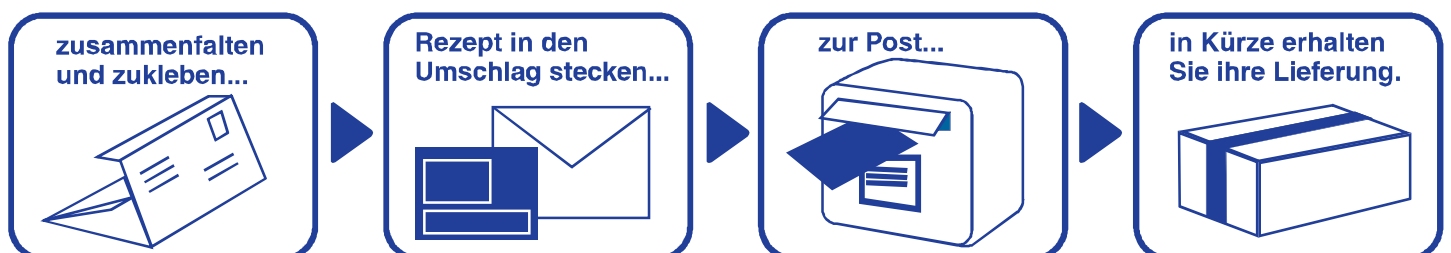
**Schicken Sie uns Ihre  
Rezepte, wir versenden  
versandkostenfrei!**

**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 50 €!  
Oder  
in Verbindung mit  
Rezepten!  
(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](mailto: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 adress

und dessen Filialen / and its branches

Nicolai-Apotheke  
Ennester Str. 20  
57439 Attendorn

**DE44ZZZ00000603972**

**Wird separat mitgeteilt!**

Gläubiger-Identifikationsnummer / creditor identifier

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