SCHLOSS-APOTHEKE
GELSENKIRCHEN - HORST

Bestellschein

Empfänger:

Schloss-Apotheke
Buchhaltung
Hippolytusstrasse 5
45899 Gelsenkirchen

Besteller:

Name: _____
Vorname: _____
Strasse: _____
PLZ/Ort: _____
Email: _____
Telefon (für Rückfragen): _____
Kunden-Nr.(falls vorhanden): _____

Lieferadresse (falls abweichend):

Name: _____
Vorname: _____
Strasse: _____
PLZ/Ort: _____

Hierdurch bestelle ich folgende apothekenpflichtigen Medikamente und Artikel zu den mir bekannten Geschäftsbedingungen.

	Artikelname (ggf. Stärke, Form)	Packungsgröße	Menge	Preis (falls bekannt)
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				

Für die rezeptpflichtigen Arzneimittel lege ich __ (bitte Anzahl eintragen) Originalrezepte meiner schriftlichen Bestellung bei.
Ich habe mich für folgende Zahlungsweise entschieden:

- ☐ per Bankeinzug
- ☐ per Überweisung
- ☐ mit beiliegendem Scheck

Bestellen Sie einfach per Post im Fensterumschlag - das Porto übernehmen wir für Sie - oder per **Telefax: 0209/95181-55**