

Wichtig! Zur schnellen und fehlerfreien Bearbeitung benötigen wir einen ausgefüllten Bestellschein.



Bestellschein

Bitte in **Großbuchstaben** ausfüllen!

3W165-002

Anschrift Frau Herr

Vorname _____ Nachname _____

Straße _____ Hausnummer _____

PLZ _____ Ort _____

Tel. tagsüber (auch mobil) für Rückfragen und pharmazeutische Beratung = **Pflichtfeld**

Geburtsdatum = **Pflichtfeld**

Lieferadresse
Falls abweichend von Ihrer Anschrift. Bitte bei **jeder Bestellung** angeben.

Vorname _____ Nachname _____

Firma/Adresszusatz _____

Straße _____ Hausnummer _____

PLZ _____ Ort _____

Bankdaten – bitte keine Kreditkartendaten

Ich zahle bequem per **SEPA-Lastschrift.** Ich zahle per **Rechnung** nach Erhalt meiner Medikamente.

IBAN _____

Bank _____

Kontoinhaber _____
Ich ermächtige das DocMorris-Schwesterunternehmen D&W Mailorder Service B.V. („D&W“), Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von D&W auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. GläubigerID von D&W: NL28ZZ141105780000.

Datum _____ Unterschrift _____

Bestellen und 6 Wochen Zahlpause nutzen

Einfach Bestellschein ausfüllen, Lieferung erhalten und erst 6 Wochen später bezahlen. Gilt für Beihilfeberechtigte und deren Familienmitglieder.

Kooperationspartner: _____ **Mitglieds-Nr./Kennwort:** _____

Rezeptpflichtige Medikamente (Bitte Originalrezepte beilegen)

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

Falls Sie von der Zuzahlung befreit sind, bitte 1x jährlich eine Kopie Ihres Nachweises beilegen.

Bitte beachten Sie: Manche individuell anzufertigende Arzneimittel (Rezepturen) sind bei DocMorris nicht erhältlich oder die Anfertigung kann länger dauern. Bitte wenden Sie sich vor Bestellung einer Rezeptur an unseren Kundenservice unter 0800 480 8000 (kostenfrei).

Rezeptfreie Medikamente (Bitte hier keine Medikamente von Ihrem Rezept eintragen)

PZN (Bestellnummer)*	Medikament/Artikel	Form (z.B. Tabl., Salbe)	Packungsgröße (z.B. 100 g, 50 Tabl.)	Anzahl/ Packungen

*Falls zur Hand. Sie finden die Pharmazentralnummer (PZN) auf der Medikamentenpackung unter dem Strichcode.

DocMorris schützt Ihre personenbezogenen Daten nach den Bestimmungen der DSGVO. Mehr dazu auf docmorris.de/datenschutz oder Infoblatt anfordern unter 0800 480 8000.

Ich akzeptiere die Allgemeinen Geschäftsbedingungen von DocMorris. (Die AGB finden Sie im Internet auf docmorris.de).