

# Bestellformular für Arzneimittel ohne Rezept

Arzneimittel / Artikel	Menge	Form (Tabl., Creme, . . .)	PZN (falls vorhanden)

## Rechnungsanschrift

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Vorname*	Nachname*
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße*	Hausnummer*
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Postleitzahl*	Ort*
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefonnummer*	E-Mail*
<input type="text"/>	<input type="text"/>

## Lieferanschrift (falls abweichend von Rechnungsadresse)

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Vorname	Nachname
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße	Hausnummer
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Postleitzahl	Ort
<input type="text"/>	<input type="text"/>

## Bankdaten Kontoinhaber

<input type="text"/>
Kontonummer*
<input type="text"/>
Bankleitzahl*
<input type="text"/>
Kundennummer (wenn vorhanden)

## Einzugsermächtigung

Hiermit ermächtige ich die Struwwelpeter-Apotheke, die von mir zu entrichtende Zahlung bei Fälligkeit zulasten meines Kontos per Lastschrift einzuziehen.

<input type="text"/>
Name der Bank*
<input type="text"/>
Datum/Unterschrift

Bitte beachten Sie: Felder mit einem (\*) sind Pflichtfelder, die ausgefüllt werden müssen.