



Cindy-Mareike Golde
Apothekerin

Tel.: 03 51 / 2 61 85 09
Fax: 03 51 / 2 61 85 11

E-Mail: post@apotheke-pillnitz.de

www.apotheke-pillnitz.de
Gläubiger ID:
DE15ZZZ00000713037

Schloss-Apotheke Pillnitz
An der Schäferei 1
01326 Dresden

Medikamenten-Bestellung

Bitte senden Sie mir folgende Medikamente (zzgl. 4,95€Versandkosten) zu

-siehe Anlage Privatrezept-
(bitte unbedingt Rezept beilegen)

Name, Vorname: _____

Straße, Nr.: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon (für Rückfragen): _____

Ihre Daten werden ausschließlich zur Abwicklung Ihrer Bestellung genutzt und nicht an Dritte weitergegeben!

Zahlungsweise

Lastschrift

Kontoinhaber (falls abweichend): _____

IBAN: _____

BIC: _____

Ich ermächtige die Schloss-Apotheke Pillnitz, den fälligen Rechnungsbetrag frühestens 8 Arbeitstage nach Warenversendung von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Mir ist bekannt, daß ich binnen 8 Wochen beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen kann. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Ort, Datum

Unterschrift des Kontoinhabers

