



Cindy-Mareike Golde  
Apothekerin

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

E-Mail: [post@apotheke-pillnitz.de](mailto:post@apotheke-pillnitz.de)

[www.apotheke-pillnitz.de](http://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. 5,50€ 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!

***Die Rechnung liegt Ihrer Sendung bei.***

### Zahlungsweise

Lastschrift

Überweisung

Kontoinhaber (falls abweichend): \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_

BIC: \_\_\_\_\_

Ich ermächtige die Schloss-Apotheke Pillnitz, den fälligen Rechnungsbetrag 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