

**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 \_\_\_\_\_

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 **Bankeinzug.**  Ich zahle per **Rechnung** nach Erhalt meiner Medikamente.

Kontonummer \_\_\_\_\_ BLZ \_\_\_\_\_

Bank \_\_\_\_\_

Kontoinhaber \_\_\_\_\_  
Hiermit ermächtige ich DocMorris bis auf Widerruf, die von mir zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit zulasten meines Kontos per Lastschrift einzuziehen.

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 Sie Ihren Arzt die Dosierung auf Ihrem Rezept zu vermerken oder legen Sie eine Kopie des Einnahmeplans bei.** Damit wir Sie detailliert z.B. zu Wechselwirkungen beraten können, **machen Sie mit beim Arzneimittel-Check!** Teilen Sie uns mit, welche Medikamente (inkl. Dosierung und Einnahmezeitpunkt und -hinweis) Sie noch einnehmen. Die Checkliste finden Sie in Ihrem Paket oder unter [www.docmorris.de/Arzneimittel-Check](http://www.docmorris.de/Arzneimittel-Check). Haben Sie Fragen hierzu oder zu Ihrer Medikation? **0800 444 11 55** (kostenfrei)

Ja,  bitte schicken Sie mir kostenlos mein persönliches Medikationsprofil.

**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 gespeicherten personenbezogenen Daten nach den Bestimmungen des Datenschutzgesetzes.

\* Vertragspartner: DocMorris N.V., Voskuilenweg 131 B, 6416 AJ Heerlen, Niederlande, KVK-Nr. 14066093. Verantwortlicher Vorstand: Prof. Dr. Christian Franken, Olaf Heinrich (Vorsitz), Max Müller, Michael Veigel.