

**Wichtig!** Zur schnellen und fehlerfreien Bearbeitung benötigen wir einen ausgefüllten 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: NL28ZZZ141105780000.

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.

**Wechselwirkungsprüfung:** Selbstverständlich prüfen wir jede Bestellung auf mögliche Wechselwirkungen zwischen Ihren Arzneimitteln. Wenn wir ein Risiko erkennen, werden Sie umgehend informiert.

Mit der **DocMorris Apotheken App** können Sie zusätzlich selbst Wechselwirkungschecks durchführen, erhalten weitere Einnahmehinweise zu Ihren Medikamenten und können weitere Funktionen wie Medikamentenliste und Einnahmeerinnerungen nutzen. Mehr erfahren Sie auf [DocMorris.de/docmorris-app](http://DocMorris.de/docmorris-app)

### 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.