

# DocMorris

## Bestellschein

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



Bitte in **Großbuchstaben** ausfüllen!

9W013-002

### 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

**10<sup>,-</sup> EURO**  
**Gutschein**  
für Ihre erste  
Rezept-Bestellung

Gutschein gilt für Bestandskunden, die noch kein Rezept eingelöst haben, und für Neukunden; gilt ohne Mindestbestellwert, aber nur mit einer Bestellung rezeptpflichtiger Medikamente; bei Neukunden direkte Verrechnung mit dem Rechnungsbetrag und Aufbuchung auf Kundenkonto; bei Bestandskunden nachträgliche Aufbuchung auf Kundenkonto innerhalb von 10 Tagen nach Rezepteingang; Gültig einmalig bis 31.12.2019, nicht kombinierbar.

**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 beachten Sie:** Manche individuell anzufertigende Arzneimittel (Rezepturen) sind bei DocMorris nicht erhältlich oder die Anfertigung kann länger dauern. Bitte wenden Sie sich vor Bestellung einer Rezeptur an unseren Kundenservice unter 0800 480 8000 (kostenfrei).



### 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\*, Postfach 52098 Aachen • Tel. 0800 480 8000 (kostenfrei) • DocMorris.de**

Ich akzeptiere die allgemeinen Geschäftsbedingungen von DocMorris. (Die AGB von DocMorris finden Sie im Internet unter DocMorris.de).

**Jetzt Freiumschlag & Bestellschein mit 10 Euro-Gutschein ausdrucken!**

Sie haben **keinen Drucker**?  
Einfach **Freiumschlag und Infopaket** per Post zusenden lassen.  
Ihren 10 Euro-Gutschein legen wir automatisch dazu.

Jetzt anfordern unter: [www.docmorris.de/service/rezept-infopaket](http://www.docmorris.de/service/rezept-infopaket)

**DocMorris**  
Die Apotheke.

Zustellung durch

**Deutsche Post** 

Das Porto  
zahlen wir  
für Sie!

**FREIUMSCHLAG**  
für Ihre Bestellung!

**Deutsche Post**   
**ANTWORT**

DocMorris  
Postfach  
52098 Aachen

**So geht's:**

1. Ausgedrucktes Adressticket ausschneiden und auf einen Umschlag kleben
2. Ausgedruckten Bestellschein ausfüllen
3. **Rezept und Bestellschein** mit dem Freiumschlag einsenden
4. Sie erhalten automatisch Ihren **Bonus**
5. Für Ihr erstes Rezept erhalten Sie einen **10 Euro-Gutschein**

Bitte beachten Sie: Manche individuell anzufertigende Arzneimittel (Rezepturen) sind bei DocMorris nicht erhältlich oder die Anfertigung kann länger dauern. Bitte wenden Sie sich vor Bestellung einer Rezeptur an unseren Kundenservice unter 0800 480 8000 (kostenfrei).