europa apotheek

SHOP APOTHEKE

Bitte in **schwarzen** oder **blauen** Großbuchstaben ausfüllen.

☐ Frau ☐ Herr

Vorname, Name

Straße, Hausnummer

PLZ Ort

Kundennummer

Versicherten-Nummer

Geburtsdatum

Festnetz- oder Mobilnummer (Pflichtfeld)

E-Mail Ihr Vorteil: Sie erhalten E-Mails über den Lieferstatus Ihrer Bestellung!

Datum

## PAKETDIENST WÄHLEN

☐ **Hermes,** Nachbarschaftsabgabe erlaubt

☐ **Hermes,** Nachbarschaftsabgabe nicht erlaubt

☐ **DHL** (immer mit Nachbarschaftsabgabe)

**Kühlpflichtige Medikamente werden möglicherweise von einem anderen Paketdienst geliefert.**

## LIEFERADRESSE (falls abweichend von Rechnungsadresse)

☐ dauerhaft

☐ Hermes PaketShop, Shopnummer:

☐ andere Adresse ☐ DHL Packstation ☐ DHL Postfiliale

Vorname, Name

Adresszusatz / Postnummer

Straße und Hausnummer / Packstation und Packstationsnummer / Postfiliale und Filialnummer

PLZ Ort

**0800 - 200 800 300**
(Kostenlos aus dem dt. Fest-/Mobilnetz, Mo.-Sa. 8-20 Uhr)
**kontakt@shop-apotheke.com**

Es gelten unsere AGB und Datenschutzbestimmungen, die Sie auf unserer Internetseite nachlesen können. Ich bestätige die Richtigkeit aller Angaben dieses Bestellscheins. Bestellungen mit Rezept immer versandkostenfrei. Versandkosten von 4,95 € entfallen bei Bestellungen ausschließlich rezeptfreier Produkte ab 19 € Gesamtwert. Irrtum vorbehalten. Sie sind gesetzlich dazu verpflichtet, uns mit der Bestellung eine Telefonnummer anzugeben. **Sitz der Apotheke: Shop-Apotheke B.V., Dirk Hartogweg 14, NL-5928 LV Venlo.**

**Postanschrift: SHOP APOTHEKE B.V. • Postfach 410118 • 41241 Mönchengladbach**

**DIESER AUSDRUCK IST NUR MIT IHREM ORIGINALEN BERECHTIGUNGSSCHEIN GÜLTIG!**