



Fon: 048 52 – 83 59 81

Fax: 048 52 – 93 32

[info@tablettex.de](mailto:info@tablettex.de)

[www.tablettex.de](http://www.tablettex.de)

## Bestellformular

Dr. Scheels Apotheke  
Koogstraße 43

25541 Brunsbüttel

HypoVereinsbank

Kto. 647 022 797

BLZ 200 300 00

Dr. Scheels Apotheke Versand

### Ihre Daten

Frau  Herr E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Straße/Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Geb.Datum: \_\_\_\_\_

Abweichende Lieferanschrift

Vorname: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Straße/Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

### Rezepte

Für die rezeptpflichtigen Arzneimittel lege ich \_\_\_\_ (Anzahl) Originalrezepte bei.

Ich bin zuzahlungsbefreit      Befreiungsnachweis  liegt bei  liegt Ihnen vor

### Rezeptfreie Arzneimittel

PZN	Bezeichnung/Form	Packungsgröße	Anzahl	Preis

### Zahlungsart

Vorkasse (Überweisung an):

HypoVereinsbank

Dr.Scheels Apotheke

Kto. 647 022 797

BLZ 200 300 00

Hiermit bestelle ich zu den mir bekannten Geschäftsbedingungen. Einzusehen unter [www.tablettex.de](http://www.tablettex.de)

→ Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_