

IHR FREIUMSCHLAG

Einfach passendes Format ausschneiden,
auf einen Briefumschlag kleben und Porto sparen!

europa⁺
apotheek

europa⁺
apotheek

Das Porto
zahlen wir
für Sie!

Teilen Sie uns bei der Bestellung von Arzneimitteln eine Telefonnummer mit, die Sie angeben müssen, damit wir Sie durch pharmazeutisches Personal – ohne zusätzliche Gebühren – telefonisch beraten können.
Sitz der Apotheke: Venlo, Niederlande

Deutsche Post 
ANTWORT

Europa Apotheek
41259 Mönchengladbach

europa⁺
apotheek

Das Porto
zahlen wir
für Sie!

Teilen Sie uns bei der Bestellung von Arzneimitteln eine Telefonnummer mit, die Sie angeben müssen, damit wir Sie durch pharmazeutisches Personal – ohne zusätzliche Gebühren – telefonisch beraten können.
Sitz der Apotheke: Venlo, Niederlande

Deutsche Post 
ANTWORT

Europa Apotheek
41259 Mönchengladbach



0800 – 300 33 45

(Kostenlos aus dem dt. Fest-/Mobilnetz, Mo.-Sa. 8-20 Uhr)



0800 – 130 07 00

(Kostenlos aus dem dt. Fest-/Mobilnetz)



info@europa-apotheek.com

BITTE IN SCHWARZEN ODER BLAUEN GROSSBUCHSTABEN AUSFÜLLEN.

Frau Herr

Vorname, Name

Straße, Hausnummer

PLZ Ort

Kundennummer

Geburtsdatum

Telefon (tagsüber)

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

JA, ich möchte den kostenlosen Newsletter abonnieren!

BITTE SENDEN SIE MIR FOLGENDE REZEPTFREIE ARTIKEL:

Bestellung rezeptfreier Produkte für Personen (max. 3)

Ich habe Rezept/e beigefügt.

PZN (falls zur Hand, s. Packung)	MEDIKAMENT / ARTIKEL	INHALT (z. B. 100ml)	ANZAHL

ZAHLART

Rechnung SEPA-Lastschrift

IBAN

Bank

Kontoinhaber

SEPA-Lastschriftmandat

Hiermit ermächtige(n) ich/wir die Europa Apotheek Service Venlo B.V. die von mir/uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit zu Lasten meines/unseres Kontos mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/unser Kreditinstitut an, die von der Europa Apotheek Service Venlo B.V. auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Wenn mein/unser Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung. Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Gläubiger-Identifikationsnummer DE04ZZZ00000158298

Datum

X

Unterschrift

PAKETDIENST WÄHLEN

Hermes, Nachbarschaftsabgabe erlaubt (bis auf Widerruf)

Hermes, Nachbarschaftsabgabe nicht erlaubt

DHL, Nachbarschaftsabgabe erlaubt

LIEFERADRESSE (falls abweichend von Rechnungsadresse)

dauerhaft

Hermes PaketShop, Shopnummer: _____

andere Adresse DHL Packstation DHL Postfiliale

Vorname, Name

Adresszusatz / Postnummer

Straße, Hausnummer / Packstation-Nummer / Post-Filialnummer

PLZ Ort

IHR GUTSCHEINCODE

Es gelten unsere AGB und Datenschutzbestimmungen, die Sie auf unseren Internetseiten nachlesen können. Ich bestätige die Richtigkeit aller Angaben dieses Bestellscheins. Bestellungen mit Rezept immer versandkostenfrei. Versandkosten von 3,95 € entfallen bei Bestellungen ausschließlich rezeptfreier Produkte ab 29 € Gesamtwert. Irrtum vorbehalten. Sitz der Apotheke: Europa Apotheek Venlo B.V., Dirk Hartogweg 14, NL-5928 LV Venlo.

X

Datum

Unterschrift

