

Meine Bestellung

<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr Geb. Datum _____ Name, Vorname _____ Kundennummer _____ Bonusprogramm _____ Straße, Nr. _____ PLZ, Ort _____ Telefon (Pflichtangabe für Rückfragen) _____ E-Mail _____	<input type="checkbox"/> Separate Lieferadresse Firma _____ Name, Vorname _____ Straße, Nr. _____ PLZ, Ort _____ Ihre Telefon-Nr. ist die Voraussetzung für Arzneimittellieferungen. So können wir Sie durch unser pharmazeutisches Personal telefonisch beraten. Hierfür fallen keine zusätzlichen Gebühren an.
---	--

Rezepte

Ich lege dem Bestellformular _____ Rezept(e) bei.
Anzahl

Ich habe Informations- und Beratungsbedarf und möchte beraten werden unter: _____ Telefon-Nr.

Ich bin zuzahlungsbefreit. Eine Kopie des aktuellen Befreiungsnachweises liegt bei liegt Ihnen bereits vor.

Bestellung rezeptfreier Arzneimittel

PZN	Bezeichnung/Stärke	Packungsgröße	Preis/€	Anzahl

Gutschein-Code:

Gutscheinwert: - _____ €

Zahlungsart

<input type="checkbox"/> Rechnung <small>(Zahlungsziel 10 Tage)</small>	<input type="checkbox"/> SEPA-Lastschriftmandat Kontoinhaber _____ IBAN _____ BIC _____ <small>Ich ermächtige die myCARE e.K., Inhaber Christian Buse, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der myCARE e.K. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Der Lastschrifteinzug erfolgt 6 Tage nach Erstellung der Rechnung. Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Mir ist bekannt, dass ich durch unberechtigte Rückbuchungen automatisch in Zahlungsverzug gerate. Gläubiger-ID: DE08ZZZ000000610828 / Mandatsreferenz: Wird Ihnen gesondert auf der Rechnung mitgeteilt.</small>	<input type="checkbox"/> Ich möchte mich kostenfrei bei mycarePlus anmelden und <ul style="list-style-type: none"> • Gratis-Versand, • PlusHerzen und • extra SparVorteile sichern. <small>Bitte geben Sie Ihre E-Mail-Adresse an, um PlusMitglied zu werden.</small> <input type="checkbox"/> PlusHerzen einlösen: Anzahl: _____ <input type="checkbox"/> Alle.
---	--	--

Bitte beachten Sie die AGB, die Datenschutzerklärung, die Widerrufsbelehrung und das Widerrufsformular.

Ort, Datum _____ Bestellung & Beratung: Telefon: 0800-8770120** E-Mail: service@mycare.de Telefax: 0800-8770121** www.mycare.de	Unterschrift _____ Rezeptbestellung nur schriftlich unter: mycare.de Versandapotheke Postfach 100158-06140 Halle (Saale)
---	--

** Näheres zur mycarePlus Mitgliedschaft inklusive Teilnahmebedingungen unter www.mycare.de/plus
 ** Gebührenfrei in Deutschland • aus dem Ausland: Telefon: +49 (0)3491-877012 • Telefax: +49 (0)3491-877014 • Mo-Fr: 8-18:00 Uhr / Sa: 8-13 Uhr

