

Meine Bestellung

Frau Herr

Geb. Datum _____

Name, Vorname _____

Kundennummer _____ Bonusprogramm _____

Straße, Nr. _____

PLZ, Ort _____

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.

E-Mail (Kreuz bestätigt nötige Einwilligung!) Mir ist bekannt, dass E-Mail-Kommunikation ohne Verschlüsselung nicht sicher ist und Dritte Einblicke erhalten können. Gleichwohl wünsche ich diesen Kommunikationsweg, um schnell in elektronischer Form informiert zu werden.

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

- Rechnung** (Zahlungsziel 10 Tage)
- Kreditkarte:**
 Visa
 Mastercard
 AMEX

Karten-Nr. _____

gültig bis _____ Prüfcode _____

SEPA-Lastschriftmandat

Kontoinhaber _____

IBAN _____


BIC _____

Hinweis: 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 Lastschritteinzug 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: DE08ZZZ00000610828 / Mandatsreferenz: Wird Ihnen gesondert mitgeteilt (auf der Rechnung).



- Ich möchte die kostenfreie mycareplus Mitgliedschaft* mit
 - Gratis-Versand,
 - Bonus-Herzen und
 - tollen Spar-Vorteilen.
 Um Mitglied bei mycareplus zu werden, geben Sie bitte oben Ihre E-Mail-Adresse an.

Bonus-Herzen  einlösen:

Anzahl: _____

Alle.

Bitte beachten Sie die beiliegenden 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: 8-20 Uhr / Sa: 8-13 Uhr

