besamex
Ihre Apotheke bringt's

Kostenlose pharmazeutische Fachberatung & Bestellannahme:
Tel. 04171 – 84 83 0
Mo. – Fr. 8 – 18 Uhr, Sa. 8 – 13 Uhr

Bestellschein

Für **rezeptpflichtige** Arzneimittel lege ich _____ (bitte Anzahl eintragen) **Originalrezepte** bei.

Ich lege _____ (bitte Anzahl eintragen) **Privatrezepte** bei.

◯ **Ich bin von den Rezeptgebühren befreit** und **lege eine Kopie meines gültigen Befreiungsnachweises bei.**

◯ **Ja, ich möchte meine verschreibungspflichtigen Arzneimittel möglichst zuzahlungsfrei erhalten** und stimme einem Austausch gemäß Rabattvertrag, soweit dieser möglich ist, zu.

Anschrift ◯ Frau ◯ Herr ◯ Divers ◯ Sammelbesteller

Kd.-Nr. falls bekannt _____

Vorname _____

Name _____

Straße/Nr. _____

PLZ/Ort _____

Für pharmazeutische Rückfragen bitte ausfüllen:

E-Mail _____

Telefon _____

Geburtsdatum _____

Lieferadresse falls abweichend von Ihrer Anschrift. **Hinweis: Bei Erstbestellung ist eine abweichende Lieferadresse nicht möglich!**

Vorname _____ Name _____

Firma/Adresszusatz _____

Straße/Nr. _____ PLZ/Ort _____

Bankdaten ◯ Ich zahle bequem per Lastschrift ◯ Ich zahle per Rechnung

Kto.-Nr/IBAN _____ BLZ/BIC _____

Kontoinhaber _____ Bank _____

Ich ermächtige **besamex** (Gläubiger-Identifikationsnummer DE46ZZZ00000755935), Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von **besamex** auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Mir ist bekannt, dass für die Vorankündigungen der Basis-Lastschriften eine verkürzte Frist von 8 Kalendertagen gilt.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Datum _____ Unterschrift _____

Ich habe die Allgemeinen Geschäftsbedingungen, die Datenschutzbestimmungen sowie die Informationen zum Widerrufsrecht gelesen und erkläre mich mit diesen einverstanden (AGB im Internet unter www.besamex.de – auf Wunsch senden wir Ihnen unsere AGB gerne zu). Mir ist bekannt, dass besamex mir sowohl per E-Mail als auch per Festnetz-Rufnummer 04171 – 84 83 0 pharmazeutische Beratung anbietet. Hiermit bestelle ich nachfolgend aufgeführte Artikel (Bei Bestellungen, die mindestens ein rezeptpflichtiges Arzneimittel umfassen, entfallen die Versandkosten in Höhe von 3,50 €):

Arzneimittel-/Artikelname (Bitte hier keine Medikamente von Ihrem Rezept eintragen.)	**PZN/Artikel-Nr.** (8-stellig, meistens neben dem Strichcode) falls bekannt	**Packungsgröße** (z. B. 100 ml, 30 Stk.) falls bekannt	**Menge**	**Einzelpreis** falls bekannt

Rezept-Einlösung – so einfach geht's: www.besamex.de/rezept-einloesen
Bestellungen, die rezeptpflichtige Arzneimittel enthalten, liefern wir – **für Sie versandkostenfrei** – per DHL.

Die besamex-App: E-Rezepte ganz einfach mit der Gesundheitskarte einlesen & bestellen!
Alle Vorteile Ihrer Versand-Apotheke immer griffbereit!
Kostenlos herunterladen für Android oder iOS.
Alle Infos: QR-Code scannen oder www.besamex.de/app

besamex
wir leben - Apotheken
Inh. D. Düvel e.K.

Im Hollandshagen 1-3, 21436 Marschacht
Unternehmenssitz: Elbuferstr. 86 a, 21436 Marschacht
Amtsgericht Lüneburg HRA 110390/USt-IdNr. DE180126851
IK 302303088

Tel. **04171 – 84 83 0**
Fax 04171 – 84 83 398
E-Mail info@besamex.de
Web www.besamex.de