

## Rezepte – schnell und einfach einlösen:



- ✓ **Rezept dabei, versandkostenfrei!**
- ✓ **24h Lieferung**
- ✓ **nur deutsche Originalprodukte**

**Hinweis:** Wenn Sie noch weitere Artikel bestellen möchten, die nicht rezeptpflichtig sind, dann bestellen Sie diese einfach in unserem Shop [www.apotheke.de](http://www.apotheke.de).  
**Ihr Vorteil:** Wir erstatten Ihnen die Versandkosten, wenn das Rezept innerhalb von 7 Tagen bei uns ist und Sie bekommen die anderen Artikel als separate Lieferung binnen 24h.

Jetzt Rezept einlösen ▼

### Ihre Daten / Lieferadresse (alle Felder sind Pflichtangaben):

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Straße + Nr.: \_\_\_\_\_

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

E-Mail: \_\_\_\_\_

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

Wenn Sie eine **zusätzliche Bestellung** bereits online abgegeben haben, tragen Sie hier bitte die Bestellnummer ein, damit wir ggf. angefallene Versandkosten erstatten können: \_\_\_\_\_

Ja, ich möchte den Newsletter abonnieren und mir somit **tolle Angebote und Rabatte** sichern!

### Zahlungsoption:

Zahlung bequem per **Einzugsermächtigung**

Ich erlaube der Apotheke im Paunsdorf Center Kirsten Fritsch e.K. / apotheke.de ein SEPA-Lastschriftmandat (siehe Einzelheiten) zur Einziehung fälliger Zahlungen und weise mein Geldinstitut an, die Lastschriften einzulösen.

Kontoinhaber: \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_

BIC: \_\_\_\_\_

**Einzelheiten:** Die Gläubiger-Identifikationsnummer der Apotheke im Paunsdorf Center Kirsten Fritsch e.K. ist DE06MAR00001044357. Die Mandatsreferenznummer wird mir zu einem späteren Zeitpunkt per E-Mail mitgeteilt.

**Hinweis:** Sie können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit Ihrem Geldinstitut vereinbarten Bedingungen. Bitte beachten Sie, dass die fällige Forderung auch bei einer Rücklastschrift bestehen bleibt.

Zahlung per **Vorkasse**

Sie erhalten nach Eingang Ihrer Originalrezepte eine E-Mail mit dem Zahlungsbetrag und unserer Kontoverbindung zur Überweisung.

Zahlung per **?U ZU ZFYW bi b[**

Mit der Übermittlung der für die Abwicklung des Rechnungsaufes und einer Identitäts- und Bonitätsprüfung erforderlichen Daten an Klarna bin ich einverstanden. Meine Einwilligung kann ich jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Es gelten die AGB des Händlers. Link: [https://cdn.klarna.com/1.0/shared/content/legal/terms/0/de\\_de/consent](https://cdn.klarna.com/1.0/shared/content/legal/terms/0/de_de/consent)

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

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

Ich bestelle die Arzneimittel zu den mir bekannten Allgemeinen Geschäftsbedingungen (AGB) von apotheke.de.

**Hinweis:** Unsere AGB sowie Hinweise zum Datenschutz finden Sie im Internet unter [www.apotheke.de](http://www.apotheke.de). Auf Wunsch senden wir Ihnen diese auch gerne zu. Alle Artikel, die Sie zudem bestellen möchten und die nicht rezeptpflichtig sind, bestellen Sie bitte über unseren Internetshop [www.apotheke.de](http://www.apotheke.de). Über unsere Website haben Sie auch die Möglichkeit, einen kostenlosen Antwortbriefumschlag anzufordern.

