



Rezept einsenden – einfach und schnell!

Reichen Sie Ihr Rezept bei uns per Post ein.

So einfach und unkompliziert war das Einlösen von Rezepten noch nie! Schicken Sie uns Ihre Rezepte und erhalten Sie in Kürze Ihre Arzneimittel.



**Reichen Sie Ihr Rezept bei uns ein.
Einfach ausschneiden, auf den
Umschlag kleben und Porto sparen!**

 HAD Apotheke
Deutschland

Service fängt
beim Porto an.
Und das
zahlen wir.

Deutsche Post 
ANTWORT

HAD Apotheke Deutschland
Niermannsweg 4-6
40699 Erkrath-Untersfeldhaus

Bitte beachten:

Bitte schicken Sie den Bestellschein auch bei einer reinen Rezeptbestellung mit
und tragen Sie die Anzahl der beigelegten Rezepte ein.

 HAD Apotheke
Deutschland

Bestellschein

Bitte in Großbuchstaben ausfüllen.

Anschrift

Kundennummer (falls bekannt) _____

Vorname* _____ Name* _____

Straße* _____ Hausnummer* _____

PLZ* _____ Ort* _____

Telefon für Rückfragen* _____

Geburtsdatum* _____ E-Mail _____

*Pflichtangaben bei Arzneimittelbestellungen

Abweichende Lieferadresse

- dauerhaft
 einmalig

Vorname _____ Name _____

Firma/Adresszusatz _____

Straße _____ Hausnummer _____

PLZ _____ Ort _____

Gewünschter Liefertermin _____ Name ADM _____

Rezeptpflichtige Arzneimittel

Ich lege für rezeptpflichtige Arzneimittel _____ Kassenrezept(e) und _____ Privatrezept(e) bei.
(Bitte dieses Medikament nicht gesondert unten in die Bestellzeile eintragen.)

Ich bin zuzahlungsbefreit: ja nein

(Bitte legen Sie einmalig im Kalenderjahr eine Kopie Ihres Befreiungsausweises bei.)

Rezeptfreie Medikamente (Bitte tragen Sie hier keine Medikamente von Ihrem Rezept ein.)

Pharmazentralnummer (PZN, falls vorhanden)	Arzneimittel/Artikel	Form (z.B. Salbe, Tabletten, o.a.)	Packungsgröße (z.B. 100 ml, 50 Tabletten)	Anzahl

Ich bestelle die oben aufgeführten Arzneimittel zu den mir bekannten Allgemeinen Geschäftsbedingungen (AGB) und Datenschutzbestimmungen der HAD Apotheke Deutschland. Die aktuellen AGB und Datenschutzbestimmungen finden Sie im Internet unter www.had-apotheke.de und auf der Rückseite. Auf Wunsch schicken wir Ihnen die AGB und Datenschutzbestimmungen auch gerne zu.

Zahlung

- Bankeinzug (SEPA-Lastschrift) Vorkasse
 Rechnung (ab der 2. Bestellung) Nachnahme*

Ich ermächtige die HAD Apotheke Deutschland Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der HAD Apotheke Deutschland auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.
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.

IBAN
D E _____

Vorname und Name (Kontoinhaber) _____

Straße und Hausnummer _____

Postleitzahl und Ort _____

Datum _____ Unterschrift _____

**Mandats-Referenz:
Wird separat mitgeteilt**

Für die Vorabinformation
(Pre-Notification) gilt eine
verkürzte Frist von einem Tag.

* gegen eine Gebühr von 5,60 € auf Rechnung bei Lieferung über DHL bzw. 6,50 € auf Rechnung bei Lieferung über trans-o-flex

So erreichen Sie uns



Kostenfreie Service-Nummer:

0800 929636-2

von 8.00 bis 18.00 Uhr steht Ihnen unser pharmazeutisches Personal zur Verfügung



Telefax: 0211 929636-28



Online-Shop: www.had-apotheke.de



Hausanschrift:

HAD Apotheke Deutschland
Niermannsweg 4-6
40699 Erkrath-Untersfeldhaus