

IHR BESTELLFORMULAR

RECHNUNGSADRESSE

Vor- und Nachname*

Straße*

PLZ/Ort*

Telefon/Telefax*

E-Mail

LIEFERADRESSE (falls abweichend)

Vor- und Nachname*

Straße*

PLZ/Ort*

Telefon/Telefax*

E-Mail

*PFLICHTANGABEN (Die Angabe Ihrer Telefonnummer ist für Beratungszwecke unbedingt notwendig)

Name des Medikaments/Produkts	Form (z.B. Tabletten, Creme)	Pharmazentralnummer (PZN, falls bekannt)	Packungsgröße (z.B. 50g/100 Tabl.)	Anzahl/Packungen

- ☐ Ich habe die Datenschutzbestimmungen unter www.abf-apotheke.de/datenschutz gelesen und stimme diesen zu.
Hinweis: Sie können Ihre Einwilligung jederzeit für die Zukunft per E-Mail an datenschutz@a-b-f.de widerrufen.
- ☐ Ja, ich bin einverstanden, dass die ABF-Apotheke bei Fragen zum eingereichten Rezept mit der behandelnden Ärztin bzw. dem behandelnden Arzt Rücksprache halten darf.
- ☐ Bitte schicken Sie mir für meine nächste Bestellung einen Freiumschlag zu. (optional)
- ☐ Ich möchte zukünftig gerne Informationen zu Angeboten, pharmazeutischen Dienstleistungen und anderen gesundheitsorientierten Services der ABF-Apotheke erhalten. (optional)

Ort, Datum

Unterschrift