IHR BESTELLFORMULAR

KREBS & ICH
ein Service der ABF-Apotheken

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 https://a-b-f.de/portal/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, Apothekerin Eva Schreier e.K. bei Fragen zum eingereichten Rezept mit 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 und Services der ABF erhalten. (optional)

Ort, Datum

Unterschrift