

**Wichtig!** Zur schnellen und fehlerfreien Bearbeitung benötigen wir einen ausgefüllten Bestellschein.



Bitte in **Großbuchstaben** ausfüllen!

2K144-002

DocMorris schützt Ihre personenbezogenen Daten nach den Bestimmungen der DSGVO. Mehr dazu auf docmorris.de/datenschutz oder Infoblatt anfordern unter 0800 480 8000.

**Anschrift**  Frau  Herr

Vorname \_\_\_\_\_ Nachname \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ Hausnummer \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Tel. tagsüber (auch mobil) für Rückfragen und pharmazeutische Beratung = **Pflichtfeld**

Geburtsdatum = **Pflichtfeld**

**Lieferadresse**

Falls abweichend von Ihrer Anschrift. Bitte bei **jeder Bestellung** angeben.

Vorname \_\_\_\_\_ Nachname \_\_\_\_\_

Firma/Adresszusatz \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ Hausnummer \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

**Bankdaten – bitte keine Kreditkartendaten**

Ich zahle bequem per **SEPA-Lastschrift.**  Ich zahle per **Rechnung** nach Erhalt meiner Medikamente.

IBAN \_\_\_\_\_

Bank \_\_\_\_\_

Kontoinhaber \_\_\_\_\_  
Ich ermächtige das DocMorris-Schwesterunternehmen D&W Mailorder Service B.V. („D&W“), Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von D&W auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. 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. GläubigerID von D&W: NL28ZZ141105780000.

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

**5 EURO** für Sie **Sofortrabatt**

**5 Euro Sofortrabatt für Neukunden bei Bestellung rezeptfreier Apothekenprodukte ab 20 Euro Bestellwert**

Der Sofortrabatt wird direkt mit dem Rechnungsbetrag verrechnet. Er ist nur **einmal** von DocMorris-Neukunden bei Bestellung rezeptfreier Produkte **ab 20 Euro Bestellwert** einlösbar, auch bei Sammelbestellungen, und nicht mit anderen Gutscheinen kombinierbar. Nicht einlösbar bei Bestellungen über Preisvergleichsportale oder andere Partnerseiten, die Exklusivpreise bieten. **Vorteilscode 2K144** bitte im Internet oder bei telefonischer Bestellung immer angeben.

**Kooperationspartner:** \_\_\_\_\_ **Mitglieds-Nr./Kennwort:** \_\_\_\_\_

**Rezeptpflichtige Medikamente (Bitte Originalrezepte beilegen)**

Ich lege  **Kassenrezept(e) und/oder**  **Privatrezept(e) bei.**

Falls Sie von der **Zuzahlung befreit sind**, bitte 1x jährlich eine Kopie Ihres Nachweises beilegen.

**Bitte beachten Sie:** Manche individuell anzufertigende Arzneimittel (Rezepturen) sind bei DocMorris nicht erhältlich oder die Anfertigung kann länger dauern. Bitte wenden Sie sich vor Bestellung einer Rezeptur an unseren Kundenservice unter 0800 480 8000 (kostenfrei).



**Rezeptfreie Medikamente (Bitte hier keine Medikamente von Ihrem Rezept eintragen)**

PZN (Bestellnummer)*	Medikament/Artikel	Form (z.B. Tabl., Salbe)	Packungsgröße (z.B. 100 g, 50 Tabl.)	Anzahl/Packungen

\*Falls zur Hand. Sie finden die Pharmazentralnummer (PZN) auf der Medikamentenpackung unter dem Strichcode.

# Reichen Sie Ihre Rezepte bei uns ein.

Einfach ausschneiden, auf Ihren Briefumschlag kleben und Porto sparen

**DocMorris**  
Die Apotheke.

Zustellung durch  
**Deutsche Post**

**FREIUMSCHLAG**  
für Ihre Bestellung!

**Deutsche Post**  
*ANTWORT*

DocMorris  
Postfach  
52098 Aachen

Das Porto zahlen wir für Sie!

**Bitte beachten:**

Legen Sie den Bestellschein bitte auch einer reinen Rezeptbestellung bei und tragen Sie die Anzahl der beigefügten Rezepte ein. Der Eintrag der Adresse ist nur dann notwendig, wenn diese von der Rezeptadresse abweicht.

Übrigens: Mit einem Rezept zusammen bestellt, sind frei verkäufliche Produkte immer versandkostenfrei.

Bitte beachten Sie: Manche individuell anzufertigende Arzneimittel (Rezepturen) sind bei DocMorris nicht erhältlich oder die Anfertigung kann länger dauern. Bitte wenden Sie sich vor Bestellung einer Rezeptur an unseren Kundenservice unter 0800 480 8000 (kostenfrei).