

**JETZT
sparen!**

Sparen Sie jetzt mit dem **Tablettenboten**

Ihr Treuebonus von **tablettenbote.de**

- Sie zahlen einfach per Bankeinzug oder Vorkasse
- **Wir zahlen** das Bestell-Porto für Sie
- Sie erhalten die Prämie für Ihren nächsten Einkauf nicht verschreibungspflichtiger Medikamente bei **tablettenbote.de**

Außerdem liefern wir Ihnen Ihre gesamte Bestellung **versandkostenfrei** nach Hause!



Weitere Informationen
finden Sie unter
www.tablettenbote.de

Wir machen´s Ihnen einfach:

Bestellschein und Freiumschatz
ausdrucken und ausfüllen



zusammen mit Ihrem Rezept
in den Briefkasten



Wir liefern Ihre Bestellung
umgehend aus



Füllen Sie den Bestellschein auf Seite 3 aus, stecken Sie ihn zusammen mit Ihrem Rezept in den Freiumschatz von Seite 2 und senden Sie ihn an:

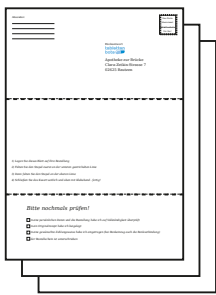
Apotheke zur Brücke ... Clara-Zetkin-Strasse 7 ... 02625 Bautzen

Absender:

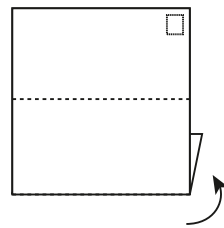
Das Porto
übernimmt
tablettenbote
für Sie!

Rückantwort
**tabletten
bote** 

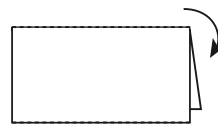
Apotheke zur Brücke
Clara-Zetkin-Strasse 7
02625 Bautzen



①



②



③

- 1) Legen Sie dieses Blatt auf Ihre Bestellung
- 2) Falten Sie den Stapel zuerst an der unteren gestrichelten Linie
- 3) Dann falten Sie den Stapel an der oberen Linie
- 4) Schließen Sie das Kuvert seitlich und oben mit Klebeband - fertig!

Ihr Originalrezept nicht vergessen!

Bitte nochmals prüfen!

- meine persönlichen Daten und die Bestellung habe ich auf Vollständigkeit überprüft
- mein Originalrezept habe ich beigelegt
- meine gewünschte Zahlungsweise habe ich eingetragen (bei Bankeinzug auch die Bankverbindung)
- der Bestellschein ist unterschrieben

BESTELLEN SIE PER FAX: 03591 303235

IHRE ADRESSE (eMail-Adresse nicht vergessen!)

Name, Vorname _____

Straße, Nummer _____

PLZ, Ort _____

Telefon _____ Fax _____ eMail _____

GGF. ABWEICHENDE LIEFERADRESSE

Name, Vorname _____

Straße, Nummer _____

PLZ, Ort _____

IHRE BANKDATEN

Ich zahle meine Bestellung per: Bankeinzug (*nicht für Neukunden*) Vorkasse*

Kontoinhaber _____

IBAN _____ BIC _____

Bank _____

Ort, Datum _____ Unterschrift _____

* Bitte überweisen Sie den Betrag auf folgendes Konto: Commerzbank vormals Dresdner Bank
IBAN: DE3985080000282983604 · BIC: DRESDEFF850 · Der Versand erfolgt erst nach Gutschrift auf unserem Konto.

BEI REZEPTPFLICHTIGEN MEDIKAMENTEN

Hiermit bestelle ich die auf den beiliegenden Rezepten verordneten rezeptpflichtigen Arzneimittel.

Kassenrezept(e) und / oder Privatrezept(e) (*Bitte Anzahl eintragen.*)

Ich bin zuzahlungsbefreit: Ja Nein Neukunde Kundennummer _____

MEDIKAMENTE OHNE REZEPT

PZN (Artikelnummer) Name des Artikels Form Packungsgröße Anzahl Preis
(Tabl./Salbe etc.) (40 Tabl., 100g)

PZN (Artikelnummer)	Name des Artikels	Form	Packungsgröße	Anzahl	Preis

Es gelten unsere Allgemeinen Geschäftsbedingungen

Summe: _____