

Kundennummer:

Kontrollnummer:

**Bestellung**  
**Anker-Apotheke Bruchsal**  
**Erlaubnis als Versandapotheke nach § 11a ApoG**

Bitte vollständige Adresse und Telefonnummer angeben. Wenn möglich in Druckbuchstaben.

Vorname \_\_\_\_\_  
Nachname \_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort \_\_\_\_\_  
Tel. Nr./ Handy \_\_\_\_\_  
**Wichtig** für evtl. Rückfragen \_\_\_\_\_

Kühlware, Schmerz- und Schlafmittel werden an Ihre persönliche Adresse ausgeliefert.

Ich bin gesetzlich versichert  bei \_\_\_\_\_

Ich bin privat versichert  bei \_\_\_\_\_

Ich habe \_\_\_ Originalrezept(e) beigelegt.

Ich bin von der gesetzlichen Zuzahlung befreit

Kopie der Befreiung bitte beilegen oder bei Auslieferung vorzeigen.

Ich wünsche die Apotheken Umschau

Wenn Sie nicht zu Hause sind, können Sie uns auch eine Person aus Ihrer Verwandtschaft oder Bekanntenkreis etc. benennen, bei denen wir Ihre Bestellung abgeben dürfen.

Bitte Lieferung an obige Adresse

Ich bin nicht zu Hause, daher bitte zustellen bei: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Für eilige Bestellungen bitte unsere kostenlosen Service-Nummer **0 800 - 7 144 144** bis 15:30 Uhr benutzen.  
Bei Lieferproblemen etc. informieren wir Sie umgehend.

Die Transportversicherung sorgt für eine risikolose Reise Ihrer Bestellung.

Ich bezahle per  Anweisung oder Bankeinzug von  meinem Konto oder direkt  bei Auslieferung

**Anker – Apotheke Bruchsal** Konto-Nr. \_\_\_\_\_  
Konto: 859 408 901 BLZ \_\_\_\_\_  
BLZ 660 800 52 Bank \_\_\_\_\_  
Dresdner Bank Bruchsal

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Datum

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit obiger Angaben

**Zusatzbestellung**

**Für nicht rezeptpflichtige Arzneimittel erhalten Sie 10% Rabatt ! ( außer Angeboten )**

Produktname	Form z.B. Tabl., Gel, Drag., etc.	Packungsgröße	Menge
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

**Bei pharmazeutischen Fragen und Beratungswünschen bitte unsere kostenlose Service-Nummer verwenden 0 800 - 7 144 144 durchgehend von 8:30 – 17:00 Uhr, Samstag bis 12:30 Uhr.**

**Anker – Apotheke** Tel: 07251 – 30 00 53  
Dr. Alexander von Hoffmeister e. K. Fax: 07251 – 98 01 59  
Bismarckstr. 11 / Ecke Moltkestr. E-Mail: [info@vh-pharma.de](mailto:info@vh-pharma.de)

**76646 Bruchsal**

**Service – Nr. 0 800 – 7 144 144**

Bestellung erhalten  
Datum, Unterschrift