

Kundennummer: _____
(falls vorhanden)

Apotheke eFarma
Postfach 550125
D-10371 Berlin
DEUTSCHLAND

Vorname & Nachname :
Strasse & Hausnummer :
PLZ Ort :
Geburtsdatum: (dd.mm.jj) :
Telefon / Mobiltelefon :
Email-Adresse :
Gewünschte Zustelladresse :

(wenn abweichend der obigen Adresse, Sie müssen die Bestellung persönlich entgegennehmen können)

1. Ich lege zu dieser Bestellung ____ Originalrezepte bei (bitte Anzahl eintragen).

Die genaue Beschreibung der Arzneimittel entnehmen unsere Apotheker dem Originalrezept.

2. Ich bestelle die folgenden rezeptfreien Medikamente:

Medikament/Hilfsmittel	Menge

Versandkosten innerhalb Deutschland €5.50

Die Bezahlung der Medikamente die auf Privatrezept bestellt werden, erfolgt

per Lastschriftverfahren

per Überweisung(Zahlungsreferenz: Kundennummer!)

Kontoinhaber:
Kontonummer:
Bankleitzahl:
Bankname:

Der Pauschalpreis wird an Sie übermittelt per Email (Pro-Forma-Rechnung)

Kontoinhaber: eFarma B.V.
Kontonummer: 10 118 636
Bankleitzahl: 500 210 00
Bankname: ING Bank Deutschland - Frankfurt am Main

IBAN: DE25 5002 1000 0010 1186 36
BIC: INGBDEFF

Datum _____

Unterschrift _____