

**Postanschrift (Portfrei):**

**Apotheke eFarma  
Antwoordnummer 365  
1940 VB Beverwijk  
NIEDERLANDE**

**Kundennummer:** \_\_\_\_\_

(falls vorhanden)

**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 €4.95

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:**  
**BIC:**

IBAN: DE25 5002 1000 0010 1186 36  
BIC: INGBDEFF

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_