



---

**PATIENT:**

BESTELLUNG PER [MAIL@EISBAERAPOTHEKE.DE](mailto:MAIL@EISBAERAPOTHEKE.DE)  
PER FAX 072189330889

---

E-MAIL

Rezeptbestellung (Rezept muss bei verschreibungspflichtigen Arzneimitteln in die Apotheke geschickt werden und erst dann kann die Bestellung verarbeitet werden und unser Haus verlassen)

TELEFON

Sonstige Arzneimittel

ich bin Arzt, Ausweis im Scan anbei

ADRESSE

**WAS:**

**LIEFERADRESSE**

Dosierung und Einnahme klar?

**Bezahlung:**

bei Abholung in der Apotheke KA

Kreditkarte :

Paypal

Lastschrift IBAN:

---

**WAS IST BEI DER ANLIEFERUNG ZU BEACHTEN?**

---

---

**SONSTIGE INFOS:**

---

DHL ich verzichte auf die persönliche Übergabe – muss aber damit rechnen das DHL das Paket irgendwo ablegt oder abgibt und übernehme die Verantwortung ( Haftung) dafür

---

**UNTERSCHRIFT:**

---

