

Fon

0 37 62 / 95 71 - 41

Fax

0 37 62 / 95 71 - 49

E-Mail

service@actavia.de

actavia - Meine Versandapotheke • Markt 3 • 08451 Crimmitschau

Persönliche Daten Frau Herr

Vorname/Name

Straße/Nr.

PLZ/Ort

Krankenkasse:

Kundennummer

Geburtsdatum

Telefon

E-Mail

Versichertennummer

Meiner Bestellung liegen Originalrezepte bei (bitte Stückzahl der Rezepte angeben)

Abweichende Lieferanschrift

Firma

Vorname/Name

Straße/Nr.

PLZ/Ort

Gutschein-Nummer

Bitte nur ausfüllen, wenn Sie eine gültige Gutschein-Nummer besitzen.

Bestellung - Bitte in Großbuchstaben ausfüllen

| Stück | Artikelnummer [Ⓞ] | Artikelbezeichnung, Stärke, Packungsgröße | Preis |
|-------|----------------------------|-------------------------------------------|-------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

[Ⓞ] falls bekannt, die Pharmazentralnummer (PZN) finden Sie auf der Packung unter dem Strichcode (8-stellig)

Ich bezahle per

Vorkasse

Bitte folgende Bankverbindung verwenden:
Deutsche Bank Zwickau / Chemnitz,
BIC: DEUTDE8CXXX, IBAN: DE10 8707 0000 0219 9099 02

SEPA-Basislastschrift-Mandat

Bitte nutzen Sie unser Formular für das SEPA-Basislastschrift-Mandat
Dies finden Sie in unserem Shop unter der Rubrik [Kundenservice → Formulare](#).

Bei einem Warenwert über 75,-€ oder dem Beliefern von Krankenkassenrezepten erfolgt die Zustellung kostenfrei!

Ansonsten berechnen wir Ihnen Versandkosten in Höhe von 5,95€.

[Versandkosten](#) außerhalb Deutschlands auf Anfrage (service@actavia.de oder 0 37 62 / 95 71 - 41)

Ich bin damit einverstanden, dass die actavia - Meine Versandapotheke in Crimmitschau meine obigen Daten und meinen Arzneimittelbezug speichern, sowie bei Fragen und Rezepten mit dem Arzt Rücksprache halten kann. Daten dürfen nicht an Dritte weitergegeben werden und sind auf Verlangen unverzüglich zu löschen. Die Bestellung erfolgt zu den mir bekannten [AGB's](#), die Lieferung zu den mir bekannten Lieferbedingungen.

Datum

Unterschrift