

**Faxbestellung von:**

<b>Name</b>		<b>Vorname</b>	
<b>Firma</b>		<b>E-Mail</b>	
<b>Strasse</b>		<b>PLZ / Ort</b>	
<b>Telefon</b>		<b>Telefax</b>	

**Hiermit bestelle ich folgende rezeptfreie Medikamente:**

<b>Name des Medikamentes</b>	<b>PZN Pharmazentralnr.</b> <small>(7-stellige Nr auf der Packung)</small>	<b>Darreichung / Größe</b>	<b>Anzahl</b>

**Gewünschter Liefertermin: (Die Lieferung erfolgt im Stadtgebiet Neuss und Kaarst)**

<b>Vormittags 11:30 – 13:30 Uhr</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Nachmittags 18:00 – 20:00 Uhr</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Ich hole die Ware persönlich ab</b>	In der Marien-Apotheke <input type="checkbox"/> In der Sebastianus-Apotheke <input type="checkbox"/>

 **Zur Gewährleistung der Arzneimittelsicherheit erkläre ich mich mit der Speicherung der personenbezogenen Daten einverstanden.**
**Datum:** \_\_\_\_\_

**Unterschrift:** \_\_\_\_\_

**Für Ihre Fragen rund um die Gesundheit stehen wir Ihnen gern zur Verfügung!  
Sprechen Sie uns an!**